WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

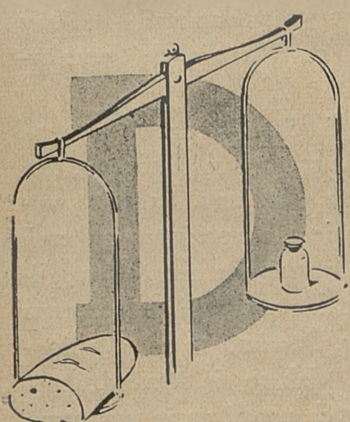
DWUMIESIĘCZNIK LIPIEC — SIERPIEŃ

ROK VII 1936 NUMER 4

Dr. C. BRENTANO, II Klinika Wewnętrzna Uniwersytetu Berlińskiego Charité. Dyrektor: prof. C. Bergmann.

WSPÓŁCZESNE ZAGADNIENIA Z DZIEDZINY CUKRZYCY.

(Referat według Deutsche Medizinische Wochenschrift 1935, Nr. 10 i 11).



DĄŻENIA nasze w leczeniu cukrzycy zmierzają obecnie do usunięcia cukru z moczu przez ograniczanie spożywania węglowodanów. Metoda ta nie daje jednak w znacznej ilości przypadków pożądanych wyników, czego najlepszym dowodem są bezustanne poszukiwania innych, skuteczniejszych sposobów postępowania leczniczego (dieta dowolna, dieta obfitująca w tłuszcze lub wprost przeciwnie, dieta małotłuszczowa i t. d.). Z powyższych względów autor postawił sobie za zadanie przedstawić całokształt zagadnienia, opierając się przedewszystkiem na podstawowych zmianach przemiany materji zachodzących u chorych na cukrzycę. Jak wiadomo cukrzyca przedstawia wynik niedomogi czynności wewnętrznego wydzielania trzustki. Ustrój diabetyka odczuwa względny i bezwzględny brak insuliny. Wątroba nie jest w stanie przetworzyć węglowodanów dostarczanych w pożywieniu na glikogen.

Po spożyciu pokarmów obfitujących w węglowodany zawartość glikogenu w wątrobie może wynosić 10 — 15% całkowitej wagi wątroby. Glikogen wątrobowy ulega zkolei rozkładowi w miarę potrzeb ustroju. W ten sposób dzięki czułej regulacji gospodarki węglowodanowej poziom cukru we krwi utrzymuje się stale w określonych granicach i wynosi naczczo około 90 centigramów w litrze. Największą ilość cukru zużywają mięśnie szkieletowe, przyczem cukier we krwi, przed wykorzystaniem go dla celów energetycznych

przez mięśnie, musi ulec znowu syntezie na glikogen. Pozatem mięśnie same zawierają zawsze pewną ilość glikogenu i odgrywają pod tym względem rolę jakby składnicy glikogenu, którego zmagazynowany odsetek nie przekracza jednak 0,5 %.

Rozkład glikogenu jest zjawiskiem odwracalnem i odbywa się przy udziale odpowiednich zaczynów. W zjawisku tem przyjmuje udział diastaza; insulina sprzyja działaniu diastazy podczas syntezy glikogenu. Natomiast adrenalina wykazuje wpływ wprost przeciwny i pobudza rozkład glikogenu w wątrobie.

W ten sposób stwierdzono, że ośrodek zaburzeń przemiany materji u ludzi chorych na cukrzycę znajduje się w wątrobie. W rzeczywistości jednak, według *Brentano*, to zaburzenie przemiany zależy przedewszystkiem od tkanki mięśniowej. Jeżeli zdolność syntezy glikogenu znika zupełnie podczas śpiączki, to utrzymuje się ona, dopóki niema kwasicy, dzięki zjawiskom wyrównawczym. Zjawiskami temi są przedewszystkiem polifagja diabetyków, oraz hiperglikemja, wywołująca zkolei cukromocz.

To nieograniczone wytwarzanie cukru — czasami obserwuje się znaczny cukromocz u diabetyków zupełnie pozbawionych węglowodanów — należy uważać nie za zjawisko czysto bierne lecz czynne, czyli naprawdę wyrównawcze.

Jeżeli do zjawiska tego zastosujemy, jak to czyni *Staub*, prawo mas, to zrozumiemy, że im wyższą jest glikemja i im uboższe są zapasy glikogenu, tem łatwiej odbywa się w tych warunkach polimeryzacja glikogenu. Istotnie, wykorzystanie cukru odbywa się u osób zdrowych dopiero od poziomu glikemji powyżej 40 centigr. na litr. Poniżej tego poziomu występuje zespół hipoglikemji. Z punktu widzenia wykorzystania cukru idealne warunki przedstawia glikemja fizjologiczna wynosząca 90 centigr. na litr. Pomimo to zespół hipoglikemji może wystąpić nawet przy glikemji 2 g, jak to się stwierdza np. u psów pozbawionych trzustki lub wątroby, u których ustrój może wykorzystać cukier tylko wtedy, jeżeli znajduje się w znacznym nadmiarze.

Z rozważań tych należy więc wyciągnąć wniosek, że hiperglikemja jest istotnie zjawiskiem wyrównawczem, z którem należy się liczyć jako z czynnikiem do pewnego stopnia pożytecznym. Naprzykład dzień głodu zmniejsza w znacznym stopniu istniejące zapasy glikogenu lecz ułatwia jednocześnie, na zasadzie prawa mas, polimeryzację glukozy. Do podobnych wyników doprowadza również praca mięśniowa. *Embden* i *Habs* wykazali niedawno, że ćwiczenia gimnastyczne zwiększają dość wyraźnie zawartość glikogenu w tkance mięśniowej. Zakażenia wywierają często wpływ analogiczny, który można stwierdzić podczas rekonwalescencji. Insulina ze swej strony zmienia stosunek glukozy do glikogenu, gdyż zwiększa wykorzystanie węglowodanów w komórkach. Jeżeli natomiast synteza glikogenu jest niedostateczna, możemy ją ułatwić przez zwiększenie stężenia glukozy, zwłaszcza jeżeli obniżyliśmy poprzed-

nio zawartość glikogenu zapomocą głodówki. Na tem polega pomyślny wpływ kuracji owsiankowej *Noordena* i diety mączno-owocowej *Falty*.

Wytwarzanie związków ketonowych, zwane ketozą, należy również uważać za zjawisko wyrównawcze. Autor sam starał się to udowodnić w całym szeregu swych prac, poświęconych temu zagadnieniu. Związki ketonowe istnieją u osobników normalnych w ilości 60 mg na litr. Ciała ketonowe powstają w wątrobie z tłuszczów; w warunkach prawidłowych mięśnie mogą je łatwo wykorzystać; u diabetyków związki ketonowe wytwarzają się w nadmiarze, podczas gdy jednocześnie mięśnie tracą w mniejszym lub większym stopniu zdolność ich zużytkowania. W ten sposób powstaje ketoza, wymagająca już bezwarunkowo obecności insuliny, bez której związki ketonowe nie mogą się spalić w ustroju. Należy więc przypuścić, że mięśnie, nie będąc w stanie wykorzystać u tych chorych cukru, otrzymują do swej dyspozycji większą niż normalnie ilość związków ketonowych, których nadmierne wytwarzanie przez ustrój jest czynnem zjawiskiem wyrównawczem.

Dotychczas ze wszystkich tych spostrzeżeń nie próbowano wyciągnąć wniosków praktycznych, któreby można było zastosować z powodzeniem przy leczeniu cukrzycy. *Brentano* ogranicza się w swej pracy do podania jedynie ogólnych wytycznych, uważając szczegółowe omówienie metodyki jeszcze za przedwczesne.

Autor przypomina przedewszystkiem, że cukier jest związkiem niezbędnym do życia. W razie potrzeby ustrój wytwarza cukier nawet ze związków białkowych. Liczne spostrzeżenia wykazują w sposób przekonywujący, że ustrój chorego na cukrzycę dąży wszelkiemi dostępnemi sposobami do dostarczenia tkankom potrzebnego dla nich cukru. Z drugiej strony zadanie lekarza polega na umożliwieniu diabetykowi wykorzystania cukru; ograniczenia węglowodanów w pożywieniu chyba w żaden sposób nie można uważać za metodę prowadzącą do celu; postępowanie takie zostało przez *Noordena* dowcipnie nazwane „grą w chowanego z cukromoczem".

W przypadkach śpiączki cukrzycowej podajemy często ze znakomitemi wynikami dawki węglowodanów, które nawet u ludzi zdrowych mogłyby wywołać cukromocz. Usunięcie węglowodanów z pożywienia jest uważane przez wielu lekarzy za postępowanie oszczędzające aparat wysepkowy trzustki, nie uwzględnia się jednak przytem ważnej okoliczności, że bezczynność może raczej doprowadzić do zaniku. W ten sposób coraz większe uznanie zdobywa sobie pogląd o wielkiem znaczeniu węglowodanów, nawet dla chorych cukrzycowych (dnie owsiankowe *Noordena*, dnie mączno-owocowe *Falty*, dieta małotłuszczowa *Porgesa* i *Adlersberga*, dieta dowolna *Stoltego i t. d.)*. Ogólne prawidło postępowania polega według *Bergmanna* przedewszystkiem na spożywaniu możliwie znacznej ilości węglowodanów, przy ograniczaniu jednocześnie do minimum cukromoczu; należy dążyć, aby bilans węglowodanowy, czyli różnica między spożywaniem i wydalaniem cukru była jaknajwiększa.

Jest naprzykład stanowczo odpowiedniejsze, aby chory na cukrzycę spożywał 160 g węglowodanów i wydalał 20, niż żeby spożywał 80 i nie wydalał wcale cukru w moczu; w pierwszym przypadku z cukromoczem bilans dodatni wynosi 140 g, w drugim przypadku bez cukromoczu zaledwie 80 g. Z drugiej strony wcale nie należy dążyć do obniżania poziomu cukru we krwi, jeżeli bilans węglowodanowy jest dodatni i dostateczny: obniżanie zawartości cukru we krwi przez ograniczanie węglowodanów jest postępowaniem niewłaściwem, nieuzasadnionem i nie daje pomyślnych wyników leczniczych.

Zresztą diabetycy są wrażliwi na niektóre zakażenia nie z powodu hiperglikemji, lecz z powodu braku glikogenu. Pozatem cukromocz, bezwzględny czy względny, nie pozwala sam przez się na ocenę charakteru przypadku (ciężki czy łagodny), jeżeli nie znamy ilości spożytych węglowodanów.

Brentano przytacza przykład szematyczny diabetyka, któremu początkowo zupełnie odebrano węglowodany, a następnie zaczęto je znowu podawać w wzrastających dawkach. Przy dawce 60 g węglowodany były całkowicie wykorzystane. Przy dalszem zwiększaniu ilości podawanych węglowodanów stwierdza się, że zaledwie nieznaczna część tego zwiększenia wydziela się jako cukier w moczu, podczas gdy większa część zostaje przyswojona. Naprzykład przy dawce 160 g węglowodanów cukromocz podnosi się do 80 g lecz ilość przyswojonego cukru zwiększa się jednocześnie o 20 g. Podając 260 g stwierdza się, że cukromocz zwiększa się o 30 g, natomiast ilość wykorzystanych węglowodanów zwiększa się o 70 g. Przy dawkach większych bilans staje się stosunkowo gorszy, i w tych warunkach krzywa przyswajania przebiega coraz bardziej poziomo, gdyż stosunek spalonego cukru dalej już zwiększać się nie może. W przypadkach tego rodzaju można zalecać bez żadnych zastrzeżeń dietę zawierającą 160 do 200 g węglowodanów.

Wyniki osiągane zapomocą diety owsiankowej *Noordena* dowodzą, że dieta obfitująca w węglowodany może zwiększyć tolerancję. *Brentano* zwraca szczególną uwagę na okoliczność, że przecież ostatecznym celem naszego leczenia jest umożliwienie ustrojowi, dotkniętemu cukrzycą, wykorzystanie możliwie jaknajwiększej ilości węglowodanów. Cel ten osiąga się najłatwiej przez wstrzykiwania insuliny, której brak wywołuje właśnie objawy chorobowe. W przypadkach niezbyt lekkich insulinę należy stosować w dawkach dostatecznych do usunięcia cukru z moczu przy dowolnie obranej diecie. Po 10 — 15 dniach dawkę insuliny i węglowodanów stopniowo ograniczamy, nie zmniejszając jednak ilości węglowodanów poniżej 120 — 150 g. Stwierdza się przytem zwykle poprawę metabolizmu, która utrzymuje się przeważnie bez zmiany przez szereg miesięcy; w ten sposób 2 lub 3 kuracje tego rodzaju przeprowadzane w ciągu roku, wystarczają dla utrzymania diabetyka w dobrym stanie ogólnym. *Brentano* zwraca również uwagę, że insulina nigdy nie wywołuje przyzwyczajenia. Pomimo to dieta chorych na cukrzycę wymaga pewnej kontroli ze strony lekarza. Pożywienie diabetyka nie powinno zawierać więcej

niż 35 do 40 kaloryj ani więcej niż 1 do 1,5 g białka na kilo wagi pacjenta. Ciąża, nadczynność tarczycy, uśpienie, stwarzają, oczywiście, trudności, które wymagają specjalnych ostrożności. W takich powikłanych warunkach stwierdza się poważniejsze zaburzenia metabolizmu, któreby można nazwać niedomogą insulinową. Stany te prowadzą do zniknięcia glikogenu z tkanki mięśniowej i utrudniają jeszcze bardziej syntezę glikogenu; zespół taki nie jest niczem innem jak cukrzycą „odporną na działanie insuliny". Na zakończenie *Brentano* zwraca uwagę, że insulina, podobnie zresztą jak wszystkie inne hormony, może w pewnych dawkach stanowić bardzo czynną truciznę, pobudzającą zjawiska *Pasteura-Meyerhofa*, które przyspieszają spalanie cukru w komórkach. Do syntezy glikogenu pod wpływem insuliny potrzeba z jednej strony, aby ustrój posiadał obfite zapasy cukru, z drugiej zaś, aby mechanizm przetwarzający ten cukier w glikogen działał zupełnie sprawnie.

Dr. O. HAJEK, Klinika Ginekologiczna Uniw. Niemieckiego w Pradze.

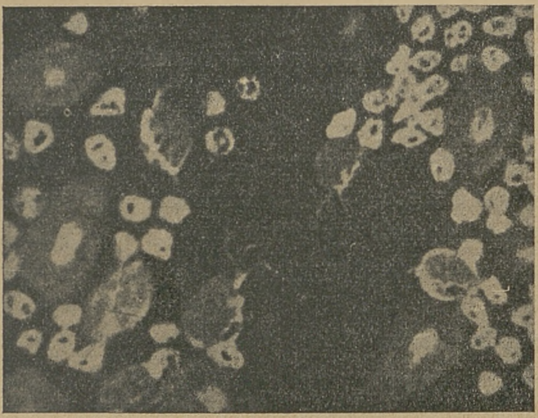
POSTĘPY W ROZPOZNANIU UPŁAWÓW WYWOŁANYCH PRZEZ TRICHOMONAS VAGINALIS I LECZENIE TYCH UPŁAWÓW.

(Referat według Med. Klin. 1935, Nr. 4).

Trichomonas vaginalis wykrył *Donné* w roku 1837. *Haussmann* zbadał systematycznie w roku 1870 występowanie trichomonad u kobiet i stwierdził ich obecność w 37% przypadków u kobiet ciężarnych i w 40% u kobiet nieciężarnych. *Haussmann* uważał jednak trichomonady za pasorzyty stosunkowo niewinne. Pogląd *Haussmanna* o nieszkodliwości trichomonad cieszył się przez długi czas powszechnem uznaniem. Dopiero *Hoehne* w roku 1906 zajął się zbadaniem, czy istotnie trichomonady są tak zupełnie dla ustroju obojętne, jak to przypuszczali dawniejsi autorzy. Na podstawie dokładnych obserwacyj zapalnych schorzeń ginekologicznych *Hoehne* doszedł do przekonania, że trichomonady pochwowe są zarazkiem chorobotwórczym odgrywającym poważną rolę w powstawaniu całego szeregu cierpień kobiecych. *Hoehne* stwierdził zakażenie trichomonadami u 28% kobiet nieciężarnych i u 24% kobiet ciężarnych. *Schröder* i *Loeser*, a następnie *Jaschke* i *Seitz* nie zgodzili się z poglądami *Hoehne'go;* autorzy ci twierdzą, że trichomonady nie są właściwemi zarazkami wywołującemi nieżyt pochwy, lecz „tylko współmieszkańcami mocno zanieczyszczonych pochew". Większość autorów jest jednak obecnie zdania, że trichomonady są dla ludzi zarazkiem chorobotwórczym. Nie ulega wątpliwości, że trichomonady nie należą do normalnej flory pochwowej. Jeżeli znajdujemy trichomonady w nieznacznych ilościach również u kobiet nieskarżących się na upławy, to badania mikroskopowe wyka-

zują jednak w takich przypadkach patologiczną zmianę wydzieliny, tak że obostrzenie jest tu już tylko kwestją czasu.

W ostatnich czasach liczni autorzy stwierdzili, że stan bakterjologiczny pochwy zależy w znacznym stopniu od panujących w pochwie warunków biologicznych; przekonano się mianowicie, że zachowanie względnie odnawianie zapasów glikogenu w ścianie pochwy ma duże znaczenie dla prawidłowej flory. Trichomonady stale zużywają dla siebie zapasy glikogenu, osłabiają przez to siłę obronną pochwy i sprzyjają w ten sposób pośrednio rozmnażaniu się zarazków chorobotwórczych. Przy leczeniu upławów nieswoistych wskazanem jest przeprowadzenie kombinowanego leczenia ogólnego i miejscowego. Leczenie ogólne powinno w miarę możności uwzględniać czynniki konstytucjonalne, np. stany osłabienia po chorobach wewnętrznych, zaburzenia hormonalne, np. po kastracji rentgenowskiej w okresie przekwitowym, po operacyjnem usunięciu jajników i t. d. W poszczególnych więc przypadkach należy indywidualnie stosować preparaty hormonalne, ogólne środki wzmacniające, dietę jarską, zarządzić zmianę trybu życia i poprawę higjeny ciała, próbować przestroić wydzielinę przez podawanie dużych dawek wapnia i t. d.



Trichomonady w wydzielinie pochwowej
(Uniw. Klin. Ginek. w Bonn)

Miejscowe leczenie upławów powinno przedewszystkiem mieć na celu zachowanie względnie przywrócenie kwaśnego środowiska, które jest niezbędnie potrzebne dla rozwoju laseczników kwasu mlecznego należących do normalnej flory pochwowej. Z powyższego względu większość dotychczasowych preparatów zawierała kwas mleczny. W ostatnich czasach *Hajek* zaczął stosować dla leczenia upławów Devegan, coraz bardziej polecany przez licznych lekarzy. Źródłem zakażenia, z którego pochodzą trichomonady, jest przeważnie woda; kobiety zarażają się zarówno w różnych kąpieliskach (jeziora, rzeki, baseny) jak i podczas przepłókiwań lub nasiadówek ze zwykłej wody wodociągowej. Możliwem jest również zakażenie pochwy z kiszki stolcowej. Siedliskiem choroby jest prawie zawsze pochwa lub wejście do pochwy, zdarzają się jednak również przypadki nieżytu pęcherza moczowego; *Levis* i *Caroll* opisali nawet zapalenie miedniczek nerkowych wywołane przez trichomonady. W przypadkach nieżytu pochwy na tle zakażenia trichomonadami

opanowuje florę bakteryjną Micrococcus gazogenes alcalescens, który w typowy sposób zmienia wydzielinę pochwową; wydzielina ta staje się żółtawobiała i pienista. Oprócz przykrych, dokuczliwych upławów dochodzi często również do ciężkich zaburzeń stanu ogólnego. W rzadszych przypadkach zakażenie przenika do kanału szyjki lub nawet powyżej. Stałe podrażnienie zewnętrznych części płciowych przez upławy prowadzi do zapalenia sromu, odparzeń, szyszkowin stożkowatych i świądu sromu.

Dla mikroskopowego zbadania wydzieliny pochwowej na obecność trichomonad pobieramy ostrożnie nieco wydzieliny z pochwy, umieszczamy ją na szkiełku przedmiotowem, następnie dodajemy 1 kroplę fizjologicznego roztworu soli kuchennej i nakładamy szkiełko nakrywkowe. Trichomonady łatwo odróżnić od podobnych do nich okrągłych leukocytów na podstawie ich dobrze widzialnych, dość gwałtownych ruchów własnych. Dzięki ruchom swych wici trichomonady mogą szybko posuwać się naprzód, przyczem wskutek kurczliwości ciała komórkowego zmieniają często swą postać i stają się naprzemian podłużne, kuliste lub owalne. Trichomonady posiadają po kilka wici. Badania w ciemnem polu nie dają przeważnie lepszych wyników niż obserwacja preparatu naturalnego. Preparat zwykły nie wystarcza jednak, jeżeli nieżyt pochwy był już poprzednio leczony i trichomonady przybrały w związku z tem postać torbielową, odrzuciły swe rzęski i utraciły ruchomość własną. Ostatnio *Bender* i *Hettche* opisali metodę barwienia trichomonad, która oddaje bardzo cenne usługi i stała się wprost niezbędna przy wykazywaniu pojedyńczych zarazków względnie nawrotów.

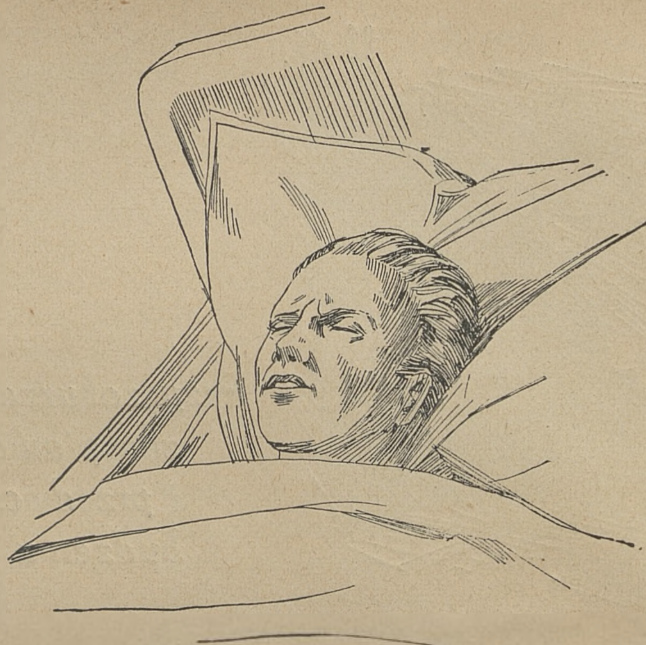
Do kropli wydzieliny, rozcieńczonej roztworem fizjologicznym NaCl, dodajemy nasyconego roztworu brylantowego błękitu krezylowego w 0,85%-owym roztworze chlorku sodu, pokrywamy szkiełkiem nakrywkowem i badamy pod mikroskopem. Wszelkie znajdujące się na preparacie nabłonki, leukocyty i limfocyty a zwłaszcza ich jądra zabarwiają się na niebiesko; barwnik nie przenika jedynie do trichomonad, które wskutek silnego załamywania światła stają się wyraźnie widoczne.

Hajek leczył zapomocą Deveganu 24 pacjentki, dotknięte nieżytem pochwy na tle zakażenia trichomonadami; we wszystkich przypadkach stwierdzono poprzednio na preparatach naturalnych obecność trichomonad. Leczenie kliniczne polegało na zakładaniu 3 razy dziennie po 1 do 2 tabletek, leczenie ambulatoryjne — na wprowadzaniu 1 raz dziennie 2 tabletek; kurację taką stosowano przez tydzień, poczem dawkę zwykle stopniowo zmniejszano. Badanie kontrolne wydzieliny wykazywało już w pierwszych dniach leczenia znakomity wpływ Deveganu na przebieg choroby. Według zgodnej opinji prawie wszystkich pacjentek upławy zmniejszyły się bardzo szybko. Tabletki rozpuszczają się w pochwie prędko i łatwo. Przepłókiwania nie są potrzebne, co stanowi szczególną zaletę leczenia podczas ciąży, gdy przepłókiwań staramy się unikać. Stosowanie Deveganu jest przyjemne, łatwe i nie sprawia żadnych

dolegliwości. Jeżeli w poszczególnych przypadkach piana lekarstwowa wydziela się początkowo z pochwy i utrzymuje się przy wejściu do pochwy, to wskazane są nasiadówki lub przemywania. Nieżyty pochwy na tle zakażenia trichomonadami leczone w sposób niedostateczny mają dużą skłonność do nawrotów, zwłaszcza podczas miesiączkowania, które zmienia zachowanie się kwasoty w pochwie. Z tego względu należy leczenie przeprowadzać konsekwentnie aż poza najbliższe miesiączkowanie, nawet jeżeli badanie wydzieliny na preparatach barwionych brylantowym błękitem krezylowym dało po pierwszem miesiączkowaniu wynik ujemny. To dalsze leczenie zapobiegawcze po ukończeniu pierwszej kuracji stosowanej aż do zniknięcia upławów i trwającej przeciętnie 3 tygodnie, można już pozostawić samej pacjentce, odpowiednio pouczonej, aby tabletki wprowadzała głęboko do pochwy.

Tampony, jako ciała obce, zawsze drażnią błonę śluzową, należy je wobec tego stosować tylko w takich przypadkach, w których uniknąć ich nie można, jak np. przy ziejącym sromie lub ubytkach odbytnicy. Przypadków bezwzględnie odpornych na działanie lecznicze Deveganu autor nie obserwował ani razu. Jedna chora skarżyła się po rozpoczęciu leczenia na silne palenie w pochwie; palenie to ustąpiło po przepłókaniu i przerwie w stosowaniu Deveganu w ciągu kilku dni. U jednej pacjentki nieżyt pochwy na tle zakażenia trichomonadami był powikłany analogicznem schorzeniem pęcherza moczowego. Chora zgłosiła się o poradę z powodu dolegliwości pęcherzowych. Wobec tego, że w osadzie moczowym stwierdzono obecność trichomonad, zbadano również wydzielinę z pochwy, która zawierała masowo trichomonady. Nieżyt pęcherza leczono przepłókiwaniami i doustnem stosowaniem Spirocidu, poczem objawy pęcherzowe ustąpiły zupełnie. Wielu autorów zaleca zresztą Spirocid jako skuteczny środek zapobiegawczy przeciw nawrotom pochodzącym z odbytnicy. Jako metodę prowokacyjną dla wykrywania trichomonad *Rodecurt* poleca przepłókanie pochwy 10%-owym roztworem azotanu srebra.

Devegan przedstawia obecnie niewątpliwie najlepszy środek dla leczenia nieżytu pochwy wywołanego przez trichomonady. *Hajek*'*owi* udawało się wyleczyć zapomocą Deveganu w ciągu kilku tygodni nawet takie pacjentki, które już od wielu lat (jedna od 15 lat) cierpiały na uporczywe upławy i które były poprzednio bezskutecznie leczone wszelkiemi możliwemi sposobami. Devegan wywiera pomyślny wpływ leczniczy również i na upławy nieswoiste, wywołane nie przez trichomonady lecz przez inne czynniki chorobotwórcze. Po osiągnięciu pierwszego stopnia czystości (występowanie nabłonków płaskich i pałeczek *Döderleina*) leczenie stosuje się nadal jeszcze przez pewien czas dla uniknięcia nawrotów.



Dr. RUSCHKE, Sanatorjum Ulbrichshöhe w Górach Sowich.

ZABURZENIA SNU I ICH AMBULATORYJNE LECZENIE.

(Referat według Ztschr ärztl. Fortb. 1935, Nr. 12).

Przy leczeniu zaburzeń snu zdobywamy coraz to nowe doświadczenie i poznajemy różnorodne czynniki, skłaniające nas do nowych rozważań nad głębszą istotą tych zaburzeń czynnościowych. Zawsze należy się liczyć z faktem, że u dorosłych istnieje kilka typów snu. Odróżniamy przedewszystkiem normalny sen jednofazowy o czasie trwania około 8 godzin i sen dwufazowy z obudzeniem się po 4 — 5 godzinach i — ewentualnie po krótkim czasie — dalszym krótkim okresem snu. Pacjenci twierdzą często, że jakoby „przez całą noc ani na chwilę nie zmrużyli oczu". Kontrolująca pielęgniarka nocna stwierdzała natomiast przeważnie, że chory był coprawda nieco niespokojny, ale jednak spał dostatecznie długo. Nie należy jednak bynajmniej przypuszczać, aby chory świadomie kłamał, sen jego jest lekki i powierzchowny i chory budzi się na krótki czas, poczem znowu szybko zasypia. Takie może 15-minutowe obudzenie wydaje się zwykle conajmniej jednogodzinną przerwą snu i chory wstaje rano niezadowolony, z uczuciem „niedostatecznego wyspania się". Większość ludzi podczas nocnej bezsenności ocenia wszelkie zjawiska w sposób odwrócony. Rozważania nocne są zawsze przejaskrawione i trudne do krytycznego przezwyciężenia, w przeciwieństwie do sposobu ujmowania tych samych zjawisk w porze dziennej, gdy odpada nocna nadwrażliwość i związana z nią fałszywa ocena. Większość przypadków bezsenności dotyczy neurotyków wszelkiego rodzaju, pacjentów o usposobieniu depresyjnem, nałogowych alkoholików oraz w znacznym stopniu również chorych ze stwardnieniem tętnic.

Chorym cierpiącym na bezsenność nie damy skutecznej pomocy, jeżeli im natychmiast zalecimy stosowanie środków nasennych. Przedewszystkiem należy dążyć do tego, aby wyjaśnić pacjentowi istotę jego zaburzeń. Częstokroć najważniejszą rzeczą okazuje się umiejętne przezwyciężenie istniejącej obawy

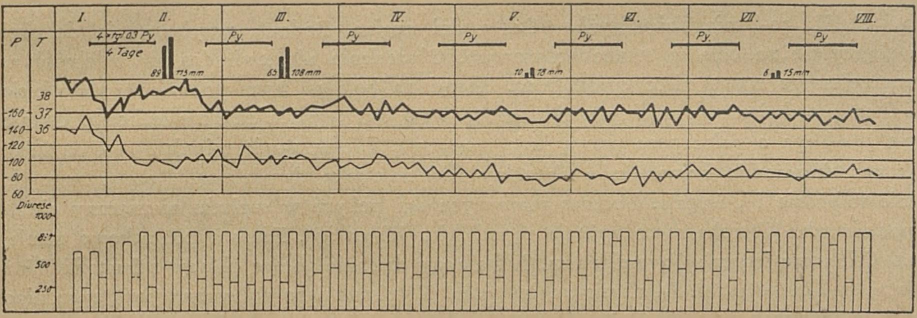
niemożności zaśnięcia, lęku przed każdą nową nocą. Nie należy zapominać, że dobry sen osiąga się tem łatwiej, im spokojniej przebiegał poprzedzający dzień i im mniej trudności miał do przezwyciężenia układ nerwowy. Jeżeli w obecnych przełomowych czasach ludzie już nawet w zwykłych warunkach muszą się liczyć ze znacznem napięciem nerwowem, to należy chociaż unikać wszelkich niepotrzebnych obciążeń. Można tu wykorzystać również i leczenie fizyczne. Ciepła kąpiel przed snem lub całkowite owijania stanowią częstokroć bardzo skuteczne pomocnicze zabiegi nasenne. Mokre owijania łydek, które mają jakoby działać uspokajająco, są również zabiegiem bardzo rozpowszechnionym. Z pośród lekarstw częstokroć już 1 lub 2 łyżeczki od herbaty nalewki walerjanowej sprowadzają dostateczny sen. Niektórzy pacjenci twierdzą, że wypicie przed snem kufla piwa lub kieliszka wina ułatwia im szybkie zaśnięcie. Lekarze są jednak przeważnie zdania, że alkohol, nawet w dawkach małych, nie jest odpowiednim środkiem nasennym. Abasina (1 — 2 tabletki) uspokaja nietylko w ciągu dnia, lecz ze względu na swe znakomite własności uspokajające działa pośrednio również i jako środek nasenny. Czyste preparaty bromowe są zdaniem większości chorych mało skuteczne. Bardzo pomyślne natomiast działanie nasenne, zwłaszcza przy istniejącej już od dłuższego czasu bezsenności, wywierają Phanodorm i preparaty zawierające jednocześnie składnik przeciwbólowy. U chorych z objawami depresji należy przeważnie stosować środki mocniejsze. Dobrze działają tu pochodne kwasu barbiturowego i inne; często jednak nie możemy się obejść bez stosowania opjum. Alkoholików i zażywających nałogowo środki odurzające leczymy jak neurotyków cierpiących na bezsenność. Trudne do zwalczenia są często zaburzenia snu przy stwardnieniu tętnic. Doświadczenie poucza, że stosunkowo najlepiej działają tu środki nasenne, posiadające swój punkt uchwytu w pniu mózgowym, a przedewszystkiem Luminal. Dla uspokojenia bardzo pobudliwych pacjentów już w ciągu dnia i przygotowanie w ten sposób nocnego odpoczynku wskazane jest podawanie 4 razy dziennie po ½ tabletki Prominalu. Dla pacjentów, którzy śpią krótko, czyli budzą się przedwcześnie we wczesnych godzinach rannych, najodpowiedniejszym środkiem jest niewątpliwie Evipan, który sprowadza szybko jeszcze raz krótki okres snu, nie pozostawiając następnie żadnych przykrych objawów działania ubocznego.

Dr. R. KRAMER, Szpital dla dzieci w Karlsruhe.

LECZENIE ZAPALENIA WSIERDZIA U DZIECI ZAPOMOCĄ DUŻYCH DAWEK PYRAMIDONU.

(Referat według Med. Welt. 1935, Nr. 39, Kinderärztl. Prax. 1935, Nr. 8).

Autor leczy reumatyczne zapalenie wsierdzia u dzieci zapomocą dużych dawek Pyramidonu i podaje przez 4 kolejne dni 4 razy dziennie po 0,3 g Pyramidonu, następnie zarządza czterodniową przerwę, poczem znowu stosuje preparat w ciągu 4 dni i t. d. przez cały czas choroby. Przerwy w kuracji stosuje się w tym celu, aby z całą pewnością uniknąć jakichkolwiek objawów działania ubocznego. Przy tym sposobie postępowania tolerancja preparatu była doskonała i ani razu nie stwierdzono żadnych zaburzeń, któreby można było przypisać działaniu lekarstwa. Wyniki lecznicze były prawie



we wszystkich przypadkach znakomite. Leczenie Pyramidonem wywierało bardzo pomyślny wpływ zarówno na stan ogólny jak i na zmiany sercowe. Z pośród 11 chorych dzieci 10 można było wypisać do domu jako zupełnie wyleczone bez jakichkolwiek objawów wady serca. Jako przykłady autor przytacza kilka typowych historyj chorób:

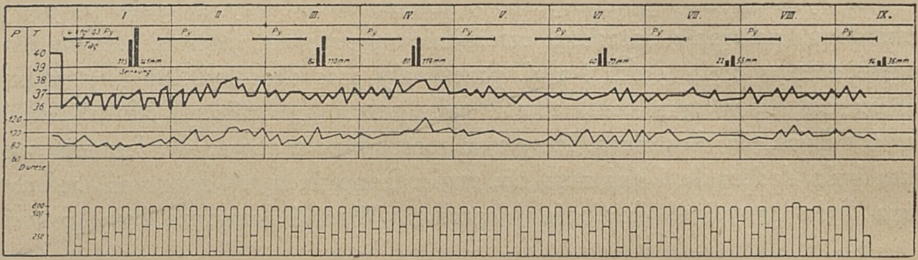
1. W. S. 6-letni chłopiec. Przed 10 dniami bóle gardła, obfite poty, bóle w lewej nodze. Prawdopodobne rozpoznanie: choroba Heine-Medina (chłopiec zachorował podczas epidemji porażenia rdzeniowego u dzieci). Stan obecny: pozostałość po przebytej anginie, reumatyzm stawowy z niewielkiem obrzmieniem lewego stawu kolanowego, zapalenie wsierdzia z głośnym, szorstkim szmerem skurczowym nad zastawką dwudzielną. Drugi ton nad tętnicą płucną mocniejszy niż drugi ton nad aortą. Uderzenie koniuszkowe wzmożone. Granica serca przesunięta na lewo o połowę szerokości palca.

Okresowe leczenie Pyramidonem w sposób wyżej podany. Stała kontrola szybkości opadania krwinek, tętna, gorączki i diurezy dla łatwiejszej oceny przebiegu choroby.

W 10-ym tygodniu choroby błonica: 10000 jednostek antytoksycznych surowicy błoniczej, następnego dnia jeszcze 6000 jednostek. Codziennie 20 cm³ 20%-owego roztworu cukru gronowego w połączeniu z 4 jednostkami insuliny dożylnie dla uniknięcia uszkodzenia mięśnia sercowego przez toksynę błoniczą. Pomyślny przebieg błonicy. Dalsze okre-

sowe stosowanie Pyramidonu. Pacjent wypisany w 14-ym tygodniu choroby jako zupełnie wyleczony. W sercu nie wysłuchuje się żadnego szmeru. Granice serca prawidłowe. Stan ogólny bardzo dobry.

2. V. M. 9-letnia dziewczynka. Od 3 dni angina. W drugim dniu pobytu w szpitalu zapalenie wsierdzia. Badanie przedmiotowe: szmer skurczowy nad zastawką dwudzielną. Drugi ton nad tętnicą płucną silniejszy niż drugi ton nad aortą. Granice serca prawidłowe. Szybkie ustąpienie objawów pod wpływem okresowego podawania dużych dawek Pyramidonu. Po 4 tygodniach wypisana jako zupełnie wyleczona.



3. G. K. 10-letnia dziewczynka. Od 5 dni angina. Podczas przyjmowania do szpitala skarży się na bóle w stawie kolanowym. Obrzmienia nie stwierdza się, zdolność ruchowa bolesnego stawu nieco ograniczona. Skargi na bóle w lewej połowie klatki piersiowej. Stan przedmiotowy: serce powiększone na lewo o $1^1/_2$ palca za linję sutkową. Granica prawa przebiega o palec poza prawą linją mostkową. Głośne tarcie osierdziowe oraz lejący się szmer skurczowy, najwyraźniej słyszalny nad zastawką dwudzielną. Rozpoznanie: zapalenie wsierdzia i osierdzia. Podczas pierwszych dni pobytu w szpitalu nieznaczny obrzęk na podudziach. Wątroba nieco wystaje z pod łuku żebrowego. Diureza początkowo zmniejszona. Okresowe leczenie Pyramidonem. Kilka razy dziennie gorące okłady z kartofli. Nadzwyczaj szybka poprawa. Restitutio ad integrum. Wypisana jako wyleczona po 8 tygodniach pobytu w szpitalu.

4. M. A. 7-letni chłopczyk. Przed 3 tygodniami angina, od 8 dni białkomocz. W osadzie wałeczki z krwinek i wałeczki ziarniste; szmer skurczowy nad zastawką dwudzielną, drugi ton nad tętnicą płucną silniejszy niż drugi ton nad tętnicą główną. Serce nie powiększone, objawów niedomogi nie stwierdza się. Rozpoznanie: zapalenie wsierdzia i zapalenie nerek (nie nerka zastoinowa). Leczenie okresowe dużemi dawkami Pyramidonu. Dieta nerkowa. Podczas wypisywania ze szpitala w 9-ym tygodniu choroby (na życzenie rodziców) stwierdza się jeszcze pozostałość po przebytem zapaleniu nerek z obecnością krwinek w moczu. Serce bez zmian chorobowych.

Szybka poprawa zmian sercowych i stanu ogólnego wszystkich dzieci, leczonych dużemi dawkami Pyramidonu jest najlepszym dowodem wielkiej wartości tej metody terapeutycznej.

Dr. F. IMHOF, Zakład Opiekuńczy i Leczniczy, Werneck.

SPOSTRZEŻENIA NAD LECZENIEM PADACZKI W PRAKTYCE ZAKŁADOWEJ.

(Referat według Psychiatr.-Neurol. Wschr. 1935, Nr. 40).

Autor zdaje sprawę z wyników leczenia Prominalem 15 epileptyków w wieku od 19 do 60 lat. U większości chorych stwierdzono mniej lub więcej zaznaczone zmiany charakteru i zaburzenia inteligencji. 6 chorych (grupa I) nie otrzymało poprzednio wogóle żadnego środka przeciwpadaczkowego. 3 chorych (grupa II) zażywało poprzednio Luminal, w zakładzie zaś leczono ich wyłącznie Prominalem. 4 pacjenci (grupa III), poprzednio jeszcze nie leczeni, otrzymali Prominal, a później ponadto Luminal. Dwaj chorzy (grupa IV), którzy otrzymywali już dawniej Luminal, byli leczeni z początku Prominalem, następnie Luminalem + Prominal i wreszcie znowu Luminalem.

U chorych z grupy I miesięczna ilość napadów zmniejszyła się poniżej połowy przeciętnej ilości miesięcznej, którą stwierdzano w okresie, gdy chorzy wcale się nie leczyli (za wyjątkiem jednego przypadku); ilość napadów np. u poszczególnych epileptyków spadła z 30 na 15, z 46 na 17, z 9 na 2, z 8 na 2, z 5 na 1, z 7 na 4. Czas trwania i natężenie napadów zmniejszyły się znacznie.

Trzej pacjenci z grupy II dostawali w ciągu miesiąca podczas leczenia Luminalem (0,2 g dziennie) przeciętnie 6 lub 7 napadów; podczas stosowania Prominalu w dawce dobowej 0,4 g ilość napadów zmniejszyła się do 1, 2 wzgl. 4 miesięcznie.

W grupie III wyniki były niejednakowe. U jednego chorego ilość napadów podczas leczenia kombinowanego nieznacznie się zwiększyła, u trzech pozostałych chorych jednoczesne podawanie Prominalu i Luminalu przyczyniło się do dalszego zmniejszenia się częstości napadów.

Dwaj chorzy z grupy IV otrzymywali już od długiego czasu Luminal i mieli przeciętnie 16 wzgl. 8 napadów miesięcznie; w obu tych przypadkach Prominal poprawy nie sprowadził. U pierwszego epileptyka przejście na Prominal nawet zwiększyło częstość napadów. U drugiego chorego ani Prominal ani leczenie kombinowane (Prominal + Luminal) nie wpłynęło na częstość napadów. Pomimo to przejście na Prominal względnie na Prominal + Luminal znacznie poprawiło w obu przypadkach ogólny stan psychiczny pacjentów.

W pierwszym dniu leczenia Prominalem chory otrzymywał 0,1 g, w drugim dniu 0,2 g, po kilku dniach dawkę zwiększano do 0,3 g i dopiero po 8 dniach chory otrzymywał 0,4 g na dobę. Przy zamianie Luminalu na Prominal dawkę Luminalu codziennie nieznacznie zmniejszano i zastępowano taką samą dawką Prominalu. Najskuteczniejszym sposobem stosowania Prominalu było podawanie go rano i po obiedzie w dawkach po 0,2 g. W poszczególnych przypadkach już dawki dobowe 2 razy po 0,1 g dawały zupełnie zadowa-

lające wyniki, które można było jednak jeszcze poprawić przez zwiększenie dawek. Okresowo autor dochodził nawet do dawki dobowej 0,6 Prominalu przyczem chorzy znosili tak dużą dawkę bez żadnych zaburzeń. Przy leczeniu kombinowanem podawano 2 razy po 0,1 g Luminalu i 1 raz 0,2 g Prominalu. Prominal nie wywoływał objawów przyzwyczajenia ani kumulacji.

Ogólny stan psychiczny poprawiał się podczas leczenia Prominalem bardzo wyraźnie. Pewien chory o bardzo gwałtownem usposobieniu uspokoił się do tego stopnia, że można go było przeznaczyć do pracy bez żadnej obawy, aby mógł się okazać niebezpiecznym dla otoczenia. Inny chory dostawał napadów krzyku; pod wpływem Prominalu napady te ustąpiły zupełnie. Prominal nie działał nasennie. Nawet 0,6 g nie wywoływały objawów zmęczenia.

Dr. P. SCHUMACHER, Oddział położniczy Szpitala św. Elżbiety w Essen.

W SPRAWIE PROWADZENIA OKRESU POPORODOWEGO.

(Referat według Zbl. Gyn. 1932, Nr. 24).

Dożylne wstrzyknięcie 1 cm³ Orasthiny bezpośrednio po porodzie skraca znacznie czas trwania okresu poporodowego i zmniejsza wydatnie przeciętną utratę krwi. Autor przeprowadził dokładne badania porównawcze na 400 pacjentkach. W 200 przypadkach zastosowano zaraz po porodzie Orasthinę, a w 200 przypadkach ograniczono się dla kontroli do postępowania wyczekującego. Poniżej przytoczone liczby są przekonywującym dowodem pomyślnego wpływu Orasthiny na przebieg okresu poporodowego.

1. a) Czas wydalania łożyska po zastosowaniu uśpienia w okresie przerzynania się:

   92 kobiety z Orasthiną — 92 kobiety bez Orasthiny
   przeciętnie 3,5 min. — przeciętnie 26 min.

   b) Czas wydalania łożyska bez uśpienia w okresie przerzynania się:

   108 kobiet z Orasthiną — 108 kobiet bez Orasthiny
   przeciętnie 5 min. — przeciętnie 27,9 min.

2. a) Utrata krwi po zastosowaniu uśpienia w okresie przerzynania się:

   36 kobiet z Orasthiną — 36 kobiet bez Orasthiny
   przeciętnie 165 g — przeciętnie 399 g.

   b) Utrata krwi po uśpieniu w okresie przerzynania się z przedłużeniem uśpienia dla opatrunku rany:

   52 kobiety z Orasthiną — 52 kobiety bez Orasthiny
   przeciętnie 251 g — przeciętnie 464 g.

c) Utrata krwi bez uśpienia w okresie przerzynania się:

74 kobiety z Orasthiną	— 74 kobiety bez Orasthiny
przeciętnie 178 g	— przeciętnie 271 g.

d) Utrata krwi bez uśpienia w okresie przerzynania się z opatrunkiem rany w uśpieniu:

38 kobiet z Orasthiną	— 38 kobiet bez Orasthiny
przeciętnie 338 g	— przeciętnie 398 g.

3. a) Ogólny czas wydalania łożyska:

200 kobiet z Orasthiną	— 200 kobiet bez Orasthiny
przeciętnie 4,5 min.	— przeciętnie 27 min.

b) Ogólna utrata krwi:

przeciętnie 225 g	— przeciętnie 364 g.

Prof. Dr. A RÜTZ, Klinika Chirurgiczna Charité w Berlinie.

WSPÓŁCZESNE ŚRODKI USYPIAJĄCE.

(Referat według Dtsch. med. Wschr. 1935, Nr. 49).

Wybór środka usypiającego uzależniamy przedewszystkiem od stanu chorego. U pacjenta z nadciśnieniem tętniczem nie zastosujemy narkozy zapomocą gazu rozweselającego, gdyż zwiększa on ciśnienie krwi; u chorego z gruźlicą płuc i ograniczoną powierzchnią oddechową nie będziemy brali pod uwagę Avertiny, gdyż czyni ona oddech bardziej powierzchownym i może doprowadzić do przesycenia ustroju kwasem węglowym. Chorzy z uszkodzeniem mięśnia sercowego nie znoszą chloroformu, będącego swoistym jadem sercowym. *Kesson i Clement* uznają dla usypiania zapomocą gazu rozweselającego jedynie 2 przeciwwskazania: nieumiejętność i złą aparaturę. Berlińska Klinika Chirurgiczna jest ostrożniejsza, od czasu gdy przed 8 laty pewna kobieta z niewyrównaną niedomogą serca zmarła po kilku zaledwie wetchnięciach gazu rozweselającego; od tego czasu nie stosuje się na klinice w Berlinie N_2O w przypadkach pełnokrwistości (plethora) i ograniczenia oddychania wewnętrznego, jak np. po ostrej lub przewlekłej utracie krwi u osobników ze znaczną anemją i sinych już przed operacją. Gaz rozweselający jest niewskazany również u pacjentów z ciężkiemi objawami septycznemi lub znajdujących się w stanie charłactwa, natomiast prawie wszystkie operacje na kończynach i na gruczole piersiowym, zabiegi na nerkach i odbytnicy bardzo chętnie wykonywa się na klinice Charité w uśpieniu zapomocą gazu rozweselającego.

Przy korzystaniu z aparatu *Sudecka* i *Schmidta* wolno podawać czysty N_2O tylko przez 2 — 5 oddechów. Jeżeli na prawym płatku usznym występuje sinica, to natychmiast rozpoczynamy podawanie tlenu, w ilości początkowo

10%, a następnie 15 — 20%. Przy stałej kontroli oddechu i zabarwienia twarzy, względnie płatka usznego podajemy przez kilka minut 80% N_2O — 20% O_2

Ewentualnie występującą sinicę szybko wyrównywamy przez zwiększenie dopływu tlenu. Jeżeli mniejwięcej po 10 minutach chory nie śpi dostatecznie głęboko, to wystarczają małe dawki eteru, aby narkozę bardzo szybko pogłębić. Przy dostatecznej głębokości uśpienia można zaniechać podawania eteru i stosować tylko N_2O — O_2. Pod koniec operacji dowóz N_2O zupełnie przerywamy, zwiększamy natomiast dopływ tlenu.

Avertina, pomimo objawów ubocznych i niepowodzeń spostrzeganych na początku wprowadzenia jej do powszechnego użytku, zdobyła sobie następnie poczesne miejsce wśród środków usypiających. Avertinę stosujemy obecnie wyłącznie jako uśpienie podstawowe. Osiągnięcie narkozy całkowitej jest połączone z niebezpieczeństwem. *Rütz* rzadko stosuje dawki większe niż 0,1 g na kg wagi chorego. U dzieci jak również u niemowląt można bez obawy stosować 0,15 g Avertiny na kg; również u pacjentów dotkniętych chorobą Basedowa można przekraczać dawkę podstawową. Przeciwwskazana jest Avertina bezwarunkowo przy chorobach wątroby i nerek. Również i operacje płucne, jak np. wyrwanie nerwu przeponowego i torakoplastyka, które prowadzą do nagłego zmniejszenia powierzchni oddechowej, nie nadają się do stosowania Avertiny. Przy niedrożności kiszek Avertina jest niebezpieczna ze względu na niedające się przewidzieć warunki wchłaniania i zaburzenia ustrojowej równowagi kwasowo - zasadowej. Również zabiegów operacyjnych w pobliżu rdzenia szyjnego i w tylnej jamie czaszkowej ostrożny chirurg nigdy nie będzie wykonywał w uśpieniu avertinowem, gdyż w tych warunkach już sama zasadnicza sprawa chorobowa, związana zwykle z uciskiem na ważne ośrodki życiowe w rdzeniu przedłużonym, stanowi sama przez się poważne niebezpieczeństwo; natomiast nowotwory mózgowe w okolicy czołowej i ciemieniowej można bardzo dobrze operować w uśpieniu Avertiną. Do narkozy avertinowej nadają się np. operacje na twarzy, na szyi, na kończynach i na gruczole piersiowym; spokojne uśpienie, pozbawione wszelkiego uczucia strachu, ma szczególnie duże znaczenie u dzieci.

Zejście śmiertelne przy operacjach ropni migdałków podniebiennych, głębokich ropowic szyi i dna jamy ustnej i t. d., dokonywanych w uśpieniu dożylnem, tłumaczy się prawdopodobnie skurczem mięśni krtaniowych i związanem z tem mechanicznem utrudnieniem oddechu. Z powyższych względów J. G. Farbenindustrie ostrzega przed stosowaniem Evipanu-Natrium przy tego rodzaju sprawach septycznych.

Rütz wstrzykuje Evipan-Natrium powoli do żyły łokciowej; pierwsze 4 cm^3 w ciągu 2 minut, nigdy prędzej; podczas wstrzykiwania bezustannie obserwuje się chorego. Opadnięcie szczęki i chrapiący oddech oznaczają początek uśpienia. Uśpienie to występuje u niektórych chorych już po 2 — 3 cm^3, a cza-

sem nawet po ½ cm³ *(Siemenauer)*, podczas gdy raz nawet 19 cm³ *(Lauber)* uśpienia nie sprowadziły. Po opadnięciu szczęki *Rütz* wstrzykuje jeszcze 1 — 2 cm³ zależnie od przypuszczalnego czasu trwania operacji i osiąga w ten sposób również ogólne zwiotczenie mięśni; te 1 — 2 cm³ wstrzykuje się już w tempie nieco szybszem. Dawki 10 cm³ autor nigdy nie przekracza; w przypadkach, w których chory po 10 cm³ jeszcze nie usypia, autor rezygnuje z uśpienia evipanowego.

Rütz ostrzega przed stosowaniem dożylnego uśpienia evipanowego w przypadkach przetok kiszkowych, uwięźgniętych przepuklin, zgorzeli kończyn dolnych, ropni migdałków, ropowicy na szyi lub w ścianie klatki piersiowej, niedrożności kiszek i cukrzycy; bezwzględnie przeciwwskazanem jest uśpienie evipanowe zwłaszcza przy sprawach septycznych w jamie ustnej i na szyi. U chorych z zaburzeniami krążeniowemi i oddechowemi lub dotkniętych jakiemkolwiek poważniejszem cierpieniem narządów miąższowych wskazana jest ostrożność. Przy cukrzycy z objawami kwasicy lepiej Evipanu nie stosować. Dzięki starannemu doborowi chorych i bardzo ostrożnemu indywidualnemu dawkowaniu autor nie miał w Charité przy stosowaniu dożylnego usypiania evipanowego ani jednego przypadku śmiertelnego ani też wogóle żadnych powikłań. W razie jakichkolwiek wątpliwości co do wyboru sposobu uśpienia najlepiej stosować kroplową narkozę eterową.

Dr. S. HORWITZ, Lubeka.

DOOPŁUCNOWE WSTRZYKIWANIA SALYRGANU.

(Referat według Dtsch. med. Wschr. 1935, Nr. 8).

Wprowadzenie dootrzewnowych wstrzykiwań Salyrganu jest zasługą *Nonnenbrucha.* Również i *Horwitz* osiągał zapomocą tej metody bardzo pomyślne wyniki lecznicze. Chorym z wodobrzuszem autor wstrzykiwał do jamy otrzewnowej 2 cm³ Salyrganu. Przy wstrzykiwaniach korzystano z 10 cm³-owej strzykawki i cienkiej igły. Przed wstrzyknięciem Salyrganu aspirowano do strzykawki nieco płynu przesiękowego, poczem dopiero po zmieszaniu się płynu z Salyrganem wstrzykiwano tę mieszaninę do jamy otrzewnowej. Działanie nie rozpoczynało się tak szybko jak przy wstrzykiwaniach dożylnych, jednakże trwało dłużej i przewyższało pod względem ilości diurezę po stosowaniu dożylnem. Ostatnio *Braulke* (M. M. W. 1934, Nr. 14) doniósł o swych wynikach doopłucnowego stosowania Salyrganu. Technika wstrzykiwań doopłucnowych jest taka sama jak wstrzykiwań dootrzewnowych. Zapomocą 10 cm³-owej strzykawki zawierającej 1 — 2 cm³ Salyrganu aspiruje się nieco płynu opłucnowego, miesza się zawartość strzykawki i wstrzykuje doopłucno-

wo. Przed wstrzyknięciem Salyrganu można część płynu przesiękowego lub wysiękowego wypuścić albo też można wstrzyknąć odrazu bez uprzedniego wypuszczania. Tolerancja wstrzykiwań doopłucnowych była bardzo dobra i ani razu nie wywołały one jakichkolwiek ubocznych objawów szkodliwych. Diureza rozpoczynała się nieco później niż po wstrzykiwaniach dożylnych, trwała jednak, podobnie jak przy stosowaniu dootrzewnowem, dłużej. W większości przypadków diureza po wstrzyknięciu opłucnowem była znacznie większa niż diureza, która zwykle występowała po podaniu dożylnem. Wytwarzanie się płynu przesiękowego przy raku oskrzelowym i przy rozsianiu się raka po opłucnej (Carcinosis pleurae) jest, jak wiadomo, bardzo uporczywe, tak że zaledwie bardzo rzadko udaje się doprowadzić do choćby przejściowego ustąpienia płynu z opłucnej wyłącznie zapomocą dożylnych wstrzykiwań Salyrganu. Autor obserwował jednego chorego dotkniętego wysiękiem rakowatym, u którego doopłucnowe wstrzykiwania Salyrganu bez żadnych innych dodatkowych zabiegów doprowadziły do ustąpienia płynu.

Pośród licznych przypadków doopłucnowego stosowania Salyrganu jedynie jeden chory okazał się zupełnie odporny na ten sposób leczenia. Na sekcji okazało się, że podłożem cierpienia był śródbłoniak opłucnej ze zgrubieniem opłucnej dochodzącem do 2 cm i skąpym wysiękiem śluzowatym. W tych warunkach staje się zrozumiałem, dlaczego doopłucnowe wstrzyknięcie Salyrganu pozostało zupełnie bez wpływu na stan chorego.

Dr. RENATO KEHL, Przewodniczący Głównej Brazylijskiej Komisji Eugenicznej, Rio de Janeiro.

BLIŹNIĘTA Z PUNKTU WIDZENIA PRAWA DZIEDZICZNOŚCI.

(Referat według Revue des Progrès Thérapeutiques 1935, Nr. 5).

Według przybliżonych obliczeń ludność naszej planety przekracza obecnie półtora miljarda ludzi. Wśród tej kolosalnej ilości osobników niema zasadniczo nawet dwóch zupełnie podobnych, z wyjątkiem prawdziwych bliźniąt, to znaczy dzieci zrodzonych podczas tego samego porodu, pochodzących z tego samego zapłodnionego jaja i normalnie rozwijających się po całkowitym podziale jaja w pierwszym bardzo wczesnym okresie rozwoju; każde z takich bliźniąt należy uważać za jednostkę podlegającą ściśle jednakowym prawom rozwoju i dziedziczności. Może się jednak zdarzyć, że bliźnięta zrodzone podczas tego samego porodu nie przedstawiają tak daleko idącego wszechstronnego podobieństwa; dotyczy to przedewszystkiem bliźniąt dwujajowych, a pozatem również i bliźniąt pochodzących z tego samego jaja, które mogą jednak posiadać cechy odrębne, gdy jedno z nich ulegało podczas ciąży wpływom, na które

drugie wystawione nie było; te osobnicze odchylenia, stwierdzane tylko u jednego z dwojga bliźniąt, zdarzają się nieczęsto i zależą przedewszystkiem od położenia płodu jakie zajmował w macicy. W przypadkach takich stwierdza się wyraźne różnice zwłaszcza w budowie głowy. Odróżniamy więc bliźnięta prawdziwe i bliźnięta wrzekome; bliźnięta prawdziwe wykazują nadzwyczajne, dalekoidące podobieństwo (bliźnięta jednojajowe) i zasługują wobec tego na szczególną uwagę z punktu widzenia eugeniki.

Jak wiadomo, uczeni już od bardzo dawna prowadzą nieskończone spory dla rozstrzygnięcia zagadnienia, czy cechy nabyte pod wpływem środowiska mogą ulegać dziedziczeniu oraz jakie wpływy dziedziczne i wpływy środowiska społecznego mają największe znaczenie w sprawach eugeniki.

Zagadnienia te są bardzo zawiłe i stały się tematem niezliczonej ilości bardzo obszernych prac.

W ostatecznym wniosku większość autorów stwierdziła, że cechy nabyte pod wpływem środowiska lub wychowania nie dziedziczą się, że środowisko nie tworzy nigdy cech nowych, lecz ogranicza się do ich ewentualnego wznawiania. W ten sposób główne znaczenie mają skłonności dziedziczne.

Badania nad bliźniętami umożliwiają nam stanowcze rozstrzygnięcie całego szeregu pytań z dziedziny dziedziczności i patologji. Możnaby powiedzieć, że bliźnięta jednojajowe, wykazujące w swej osobowości cechy zupełnie identyczne, dostarczają dowodów pozwalających wyjaśnić następujące bardzo ważne pytania:

a) jaką rolę odgrywają w zjawiskach życiowych dziedziczność w ścisłem tego słowa znaczeniu i skłonności patologiczne;
b) jaką rolę odgrywają wpływy środowiska i wpływ wychowania;
c) do jakiego stopnia charakter osobnika zależy w swym całokształcie od dziedziczności.

Galton, twórca eugeniki, pierwszy zajął się w r. 1876 temi sprawami; ciekawe jest, że przed *Galtonem* badania bliźniąt z punktu widzenia dziedziczności i patologji nie wzbudzały wśród uczonych żadnego zainteresowania. Nie zadawano sobie nawet trudu zbierania pojedyńczych spostrzeżeń o bliźniętach jednojajowych w jedną całość.

Galton gromadził przeszło 50 lat własny materjał dotyczący zagadnień dziedziczności i uzasadnił swe wnioski również spostrzeżeniami opartemi na długoletniej obserwacji bliźniąt jednojajowych. W szeregu cennych prac starał się wyjaśnić trudne i ciągle jeszcze nierozstrzygnięte ostatecznie zagadnienie wpływów dziedzicznych i mezologicznych. Poglądy *Galtona* są w swej większości zgodne z naszemi dzisiejszemi zapatrywaniami, przyczem dowiódł on w sposób przekonywujący, że znaczenie wpływów dziedzicznych jest znacznie większe niż wszelkich innych.

Lange przeprowadzał analogiczne badania na bliźniętach - przestępcach, sądownie karanych i ogłosił swe spostrzeżenia w małej nadzwyczaj ciekawej

książeczce zatytułowanej „Przestępstwo jako przeznaczenie“ (1930). Autor zajął się badaniem bliźniąt jednej płci, z których jedno zostało skazane prawomocnym wyrokiem. Wśród 30 par bliźniąt 13 było jednojajowych a 17 dwujajowych. Wśród 13 par jednojajowych 10 par było takich, że obaj bliźniacy zostali skazani, a zaledwie w 3 przypadkach skazanym był tylko jeden. Wśród 17 par dwujajowych, były tylko 2 pary takie, że obaj bliźniacy zostali skazani, podczas gdy we wszystkich pozostałych przypadkach (15) przestępcą był tylko jeden. Statystyka *Langego* jest nadzwyczaj pouczająca, gdyż dowodzi w sposób jaskrawy, że w przeciwieństwie do tego, co się dzieje w stosunkach społecznych, w dziedzinie kryminalistyki znaczenie najważniejsze mają skłonności dziedziczne. Według autora to usposobienie dziedziczne nie rozstrzyga jednak jeszcze ostatecznie o losie danego osobnika i nigdy nie jest jedyną wyłączną przyczyną przestępczości. Na trzech przypadkach bliźniąt jednojajowych, w których obaj bliźniacy poszli drogą przestępstwa, autor wykazuje, że również i pewne wpływy zewnętrzne nie są bez znaczenia przy ujawnianiu się złych skłonności. Oprócz kiły, gruźlicy, urazów, a przedewszystkiem alkoholu, nie należy tu bynajmniej lekceważyć wpływów wychowania i środowiska, w którem dany osobnik przebywa.

Według danych statystycznych mniej więcej trzecia część bliźniąt jest pochodzenia jednojajowego, a dwie trzecie — dwujajowego. Pytanie, do której z tych dwóch grup należą dwaj jednocześnie urodzeni osobnicy, jest bardzo trudne do rozstrzygnięcia, jeżeli bliźnięta są jednej płci. Jeżeli bliźnięta są różnopłciowe, to są one niewątpliwie pochodzenia dwujajowego, gdyż płeć jest odrazu przeformowana w zygocie i dwie istoty różnopłciowe pochodzą bezwarunkowo z dwóch odmiennych zygot.

Dla rozstrzygnięcia pytania, do której grupy należy dwoje bliźniąt jednakowej płci, należałoby zbadać błony płodowe. Bliźnięta wrzekome posiadają dwa łożyska i dwie pępowiny. Według doświadczenia *Siemensa,* autora wyczerpującej pracy o patologji bliźniąt (1924), nie możemy prawie nigdy zbadać błon płodowych bliźniąt, tak że praktycznie biorąc, w przypadkach takich nasze usiłowania rozpoznawcze muszą ograniczyć się do starannego badania podobieństwa twarzy, ciała, odcisków palców i cech charakterystycznych naczyń włosowatych. Jeżeli wszystkie te badania wykazują w swych wynikach daleko idącą zgodność, to można je uważać za pewne dowody rozpoznawcze rozstrzygające o pochodzeniu jednojajowem.

Bliźnięta jednojajowe są do siebie podobne pod wszystkiemi względami: budowa, wyraz twarzy, barwa skóry, oczu, włosów i wszystkie pozostałe szczegóły fizyczne, fizjologiczne i umysłowe wykazują niezwykłe podobieństwo albo nawet całkowitą tożsamość. To samo dotyczy również skłonności chorobowych. *Michaelis* przytacza bardzo ciekawy z tego punktu widzenia przypadek: dwaj bracia - bliźnięta byli tak podobni, że nie można ich było odróżnić ani na podstawie wyglądu, ani wyrazu twarzy, ani charakteru pisma, ani spo-

sobu postępowania. Do 60-go roku życia obaj wcale nie chorowali. Jeden żył w mieście, pozostał kawalerem, był dyrektorem wielkiego przedsiębiorstwa. Drugi ożenił się, miał liczną rodzinę, mieszkał stale na wsi i poświęcił się rolnictwu. W tym samym wieku obaj bracia zaczęli prawie jednocześnie odczuwać parestezje w kończynach dolnych i skarżyć się ponadto na znaczne wyczerpanie psychiczne. Dokładnie w tym samym czasie wytworzyło się u obu braci owrzodzenie drążące na wielkim palcu u nogi, które, jak się okazało, było pochodzenia cukrzycowego. Obaj bracia dostali następnie zaburzeń wzrokowych związanych z białkomoczowem zapaleniem siatkówki. Na uwagę zasługuje również okoliczność, że obaj byli zmuszeni w tym samym czasie nosić okulary wypukłe o jednakowym stopniu załamania i że wreszcie zmarli na mocznicę jeden w kilka tygodni po drugim.

Inne liczne przykłady podaje *Bauer*, który opisuje np. dwoje bliźniąt - epileptyków; charakter i przebieg napadów był u obu braci zupełnie jednakowy. Niezwykłą jest również historja bliźniąt - astmatyków, u których napady dychawicy oskrzelowej występowały zawsze dokładnie w tym samym czasie.

Istnieje niezliczona ilość przykładów tego rodzaju. Badania bliźniąt jednojajowych zasługują więc na szczególną uwagę, gdyż mogą się przyczynić do wyjaśnienia różnych podstawowych zagadnień patologji, a zwłaszcza określić dokładną rolę, jaką plazma zarodkowa odgrywa w sprawach dziedziczności. Skłonności osobnicze do niektórych chorób, konstytucyjne zdolności lub usposobienia, skłonności do niektórych anomalij i przestępstw — wszystko to da się może wytłumaczyć na podstawie dokładnego badania losu bliźniąt jednojajowych.

Coraz bardziej więc zachodzi potrzeba wykazania, że człowiek wprawdzie może kierować swem własnem przeznaczeniem, lecz musi uwzględniać wskazówki, których mu udziela busola genetyczna.

Człowiek dobry odrazu rodzi się dobrym. Dążeniem eugeniki powinno więc być, aby wszyscy ludzie rodzili się dobrzy, przyczem należy zdawać sobie sprawę z wielkiej odpowiedzialności, jaką stanowi akt wiecznego zachowania rodu ludzkiego.

Dr. DELAGRE.

STOSOWANIE JOTHIONU W PRAKTYCE DENTYSTYCZNEJ.

(Referat według Rev. Dent., Chili, 1934).

Nalewkę jodową stosuje się w praktyce chirurgicznej i dentystycznej na szeroką skalę. Posiada ona jednak oprócz niektórych zalet również i tak poważne strony ujemne, że wielu lekarzy praktyków chętnieby się wyrzekło jej stosowania, gdyby mieli do dyspozycji inny odpowiedni preparat. Dotyczy to zwłaszcza stosowania nalewki jodowej w jamie ustnej. Nawet lekkie posmarowanie śluzówki wywołuje często przykre wrażenie palenia; działanie jodyny na warstwy głębokie jest bardzo umiarkowane, przyczem wysuszając skórę utrudnia ona sama sobie przenikanie w głąb; jodyna niepotrzebnie zabarwia ponadto szyjki zębowe i t. d. Natomiast roztwór Jothionu (Jothioni 10,0, Glicerini 45,0, Alcoholi 45,0) wchłania się znacznie lepiej, wykazuje silniejsze działanie na warstwy głębokie, nie drażni dziąseł i jest zupełnie bezbarwny. Roztwór Jothionu nie posiada żadnego zapachu ani smaku i nie uszkadza instrumentów.

Roztwór Jothionu stosujemy przedewszystkiem dla odkażania błony śluzowej przed wstrzykiwaniami i przed wszelkiemi zabiegami operacyjnemi. Na uwagę zasługuje przytem okoliczność, że Jothion jest bezbarwny, podczas gdy nalewka jodowa zabarwia śluzówki na brunatno, co utrudnia do pewnego stopnia odróżnianie tkanek.

W przypadkach stanów zapalnych dziąseł i związanego z tem rozpulchnienia tkanek okołozębowych, działanie Jothionu, który odkaża i wywołuje przekrwienie, oddaje nam cenne usługi lecznicze. Nalewka jodowa wywołuje nierzadko oparzenia i martwicę nabłonka, co może jeszcze przedłużać przebieg choroby, podczas gdy Jothion sprowadza często nadzwyczaj szybką poprawę sprawy chorobowej. Przy leczeniu ropotoku zębodołowego, po starannem oczyszczeniu chorych tkanek, wprowadzamy pipetą roztwór Jothionu do wszystkich dostępnych zatok i uchyłków.

Owrzodzenia błon śluzowych, leczone Jothionem, goją się szybko. Również i tutaj brak działania żrącego i silniejsze działanie na warstwy głębokie stanowią przewagę Jothionu nad przestarzałą nalewką jodową.

Przy usuwaniu kamienia nazębnego działanie Jothionu również okazuje się bardzo korzystne: z jednej strony odkaża on drobne ranki spowodowane oczyszczaniem, z drugiej zaś wywołuje przekrwienie i tonizuje osłabione tkanki. Nalewka jodowa natomiast, zamiast przyczynić się do szybszego wyleczenia, może nawet pogorszyć sprawę wskutek wspomnianego już powyżej uszkodzenia śluzówki.

Roztwór Jothionu można również stosować dla leczenia zachowawczego, dla odkażania kanałów w korzeniach, a także przy leczeniu martwicy miazgi zę-

bowej. Zaznaczymy tu, że roztwór Jothionu może służyć również dla mumifikacji resztek miazgi.

Roztwór Jothionu nadaje się doskonale dla leczenia odczynów powstających w związku z obturacją korzeni. Po starannem wysuszeniu pendzlujemy śluzówkę w sąsiedztwie wierzchołka roztworem Jothionu: wywołane w ten sposób przekrwienie szybko uśmierza bóle. Pacjenci stwierdzają, że czują jeszcze mniejsze lub większe palenie, jednakże nawet bardzo wrażliwi przyznają, że nie jest ono już dokuczliwe. Palenie to trwa zresztą bardzo krótko, poczem następuje już wyraźna ulga. Nawet w przypadkach znacznej wrażliwości okostnej Jothion wchłania się tak szybko i energicznie, że nie wywołuje prawie nigdy obrzęku ani ropienia, lecz przyczynia się do usunięcia w krótkim czasie wszystkich przykrych objawów. Jothion nie powoduje nigdy żadnych niepożądanych objawów działania ubocznego. Można więc z całkowitym spokojem i bez zastrzeżeń oddać go do rąk pacjentów dla samodzielnego stosowania w domu.

Dr. ALFIO PICHERA.

LECZENIE ŚWIERZBU.

(Referat według Consultorio internacional 1935, Nr. 102).

Wielu lekarzy pamięta jeszcze dobrze „oddziały dla chorych świerzbowatych“, które istniały w niektórych szpitalach, a zwłaszcza w szpitalach wojskowych. Na oddziałach tych leczono chorych bardzo energicznie; najbardziej rozpowszechnionym lekiem przeciwświerzbowym była maść *Helmericha*, którą mocno wcierano w skórę; kuracja ta dawała w pewnym odsetku przypadków istotnie pomyślny wynik: świerzb ustępował, lecz podrażnienie skóry było przeważnie tak silne, że jeszcze przez długi czas sprawiało chorym przykre dolegliwości.

W praktyce prywatnej zagadnienie leczenia świerzbu również nie było tak proste; codzienne wcierania i smarowania maściami o bardzo przykrym przeważnie zapachu nie należały do rzeczy przyjemnych; sprawa kąpieli również nie była tak łatwą do wykonania; maść bardzo brudziła bieliznę i zarówno mechanicznie jak i chemicznie drażniła skórę, gdyż zawierała znaczną ilość potasu.

W dość częstych przypadkach, gdy na świerzb zapadali wszyscy lub prawie wszyscy członkowie rodziny, choroba stawała się prawdziwem utrapieniem. Wielkie ilości potrzebnej maści, niszczenie bielizny, częste kąpiele narażały chorych na znaczne koszty.

Odnośnie do świerzbu można więc było powiedzieć: choroba uciążliwa, leczenie jeszcze bardziej przykre i prawie zawsze bolesne, a nierzadko zupełnie bez-

skuteczne. Siarka nie zawsze dosięgała świerzbowca, dobrze ukrytego w swym korytarzu, który należało otwierać sposobem mechanicznym; pasorzyt pomimo całej kuracji pozostawał przy życiu i po pewnym czasie następował nawrót choroby. Widzimy więc, że jeszcze nie tak dawno, gdyśmy nie mieli do dyspozycji pewnych i niezawodnych środków przeciwświerzbowych, los nieszczęśliwego pacjenta był bardzo ciężki, a zadanie lekarza bardzo trudne.

Wprowadzenie do powszechnego użytku Mitigalu znakomicie uprościło całą sprawę leczenia świerzbu. Nie będę tu omawiał czynnego składnika Mitigalu ani sposobu działania tego leku, gdyż są to rzeczy powszechnie znane. W praktyce mej stosuję Mitigal już od kilku lat; leczyłem nim wiele dziesiątków ludzi chorych na świerzb i zawsze osiągałem doskonałe wyniki lecznicze. W porównaniu z dawniejszemi środkami przeciwświerzbowemi, Mitigal wyróżnia się następującemi cennemi zaletami:

1. Nie wymaga żadnych zabiegów mechanicznych, mających na celu otworzenie krętych korytarzy, wydrążonych przez świerzbowca pod skórą; mocne nacierania gorącą wodą z mydłem są przy stosowaniu Mitigalu niepotrzebne.
2. Zbyteczne są również częste kąpiele: wystarczają 2 kąpiele, jedna przed leczeniem, druga po zakończeniu kuracji.
3. Mitigal nie drażni skóry i nie wywołuje objawów zatrucia, co ma szczególne znaczenie zwłaszcza u dzieci.
4. Bezpośrednie lub conajmniej bardzo szybkie ustąpienie dokuczliwego swędzenia zaraz po pierwszem zastosowaniu.
5. Łatwy i prosty sposób stosowania: wystarcza wetrzeć lekarstwo w skórę; wchłania się ono całkowicie, tak że bielizna wcale się przytem nie brudzi.

Prawie zawsze jeden jedyny flakon wystarcza do zupełnego wyleczenia pacjenta. Wcierania stosuje się 3 razy, co 12 godzin, poczem następuje gorąca kąpiel.

Podczas gdy dawniejsze sposoby leczenia wywoływały często urazowe zapalenie skóry, Mitigal sam doprowadza do szybkiego ustępowania zmian zapalnych skóry i objawów pryszczycy, stanowiących częste powikłania świerzbu, wywołane drapaniem. Okoliczność ta skłoniła mnie do zapisywania Mitigalu w przypadkach zapaleń lub swędzenia skóry. Wyniki były przeważnie bardzo pomyślne, objawy chorobowe szybko ustępowały. Mitigal oddaje nam szczególnie cenne usługi zwłaszcza przy leczeniu dzieci. Wszyscy lekarze wiedzą dobrze, jak trudno przeprowadzać u dzieci z ich wrażliwą skórą leczenie klasyczne i jak niebezpiecznemi mogą być dla dzieci preparaty zawierające potas. Trzy łagodne zwykłe wcierania Mitigalu, dokonane w delikatną skórę małych pacjentów i na zakończenie kąpiel zupełnie wystarczają do wyleczenia tej przykrej i uporczywej choroby.

Nawroty po leczeniu Mitigalu zdarzały się wyjątkowo rzadko; osobiście uważałem je zawsze raczej za zakażenie powtórne wskutek niedostatecznego odkażenia bielizny.

Ze spostrzeżeń swych autor wyciąga następujący wniosek: Związek siarkowy zawarty w Mitigalu wyróżnia się swą specjalną budową chemiczną, dzięki której wchłania się szybko i całkowicie; przenikanie siarki głęboko w skórę sprawia, że żaden świerzbowiec nie jest w stanie uchronić się przed energicznem działaniem siarki. Leczenie jest więc bardzo proste, łatwe, pewne i zupełnie niebolesne. Wyleczyć zaś szybko, zupełnie i bez bólu stanowi jedno z zadań naszego zawodu.

Prof. Dr. KINJIRO WATANABE, Aomori.

DZIAŁANIE OMNADINY PRZY ANGINACH.

(Referat według Ikken Iho, 1935).

Autor leczy anginę dopośladkowemi wstrzykiwaniami Omnadiny w dawkach po 1,5—2 cm^3. Wyniki lecznicze uwidacznia poniższa tablica.

Wstrzykiwania Omnadiny przy anginie nieżytowej.

Nr.	Wiek	Ilość dni od początku choroby do dnia wstrzyknięcia	Ilość wstrzykiwań	Wyniki	Dni leczenia do zupełnego wyzdrowienia po wstrzyknięciu
1	5	1	1	Spadek gorączki w tym samym dniu, wyleczenie.	4
2	8	3	1	Następnego dnia ustąpienie bólów, wyleczenie.	2
3	30	1/2	1	Tego samego dnia spadek gorączki, wyleczenie.	2
4	4	2	1	Natychmiastowe ustąpienie bólów, następnie spadek gorączki, wyleczenie.	2
5	2	1	1	Następnego dnia ustąpienie objawów chorobowych, wyleczenie.	4
6	4	1	1	Następnego dnia znaczna poprawa i wyleczenie.	2
7	2	1	1	Nieco lepiej, później jednak nawrót; wreszcie wyleczenie.	Niewiadomo

W przypadkach anginy nieżytowej Omnadina przerywała więc częstokroć dalszy przebieg choroby w sposób doraźny. Nawet w przypadkach (3, 5, 6), w których należało się spodziewać zropienia migdałków, Omnadina sprowadziła szybką poprawę. Na szczególną uwagę zasługiwało uśmierzenie bólów

i ustąpienie gorączki po wstrzyknięciu; jedynie bóle przy łykaniu utrzymywały się przeważnie jeszcze przez pewien czas.

Wyniki stosowania Omnadiny przy anginie mieszkowej:

Nr.	Wiek	Ilość dni od początku choroby do dnia wstrzyknięcia	Ilość wstrzykiwań	Wyniki	Dni leczenia do zupełnego wyzdrowienia po wstrzyknięciu
1	13	4	1	Następnego dnia spadek gorączki, cofnięcie się sprawy ropnej; wyleczenie.	4
2	12	4	1	Następnego dnia poprawa; zupełne wyleczenie.	2
3	8	3	1	Spadek gorączki tego samego dnia, nazajutrz ustąpienie ropienia; zupełne wyleczenie.	4
4	9	3	1	Następnego dnia ustąpienie bólów; wyleczenie.	2
5	13	6	1	Następnego dnia spadek gorączki, na trzeci dzień ustąpienie ropienia; wyleczenie.	4
6	7	3	1	Tego samego dnia ustąpienie bólów; zupełne wyleczenie.	4
7	28	4	1	Następnego dnia uśmierzenie bólów, trzeciego dnia ustąpienie rop. wyleczenie.	3
8	20	1	1	Czuje się dobrze; wyleczenie.	4

Podobnie pomyślne było działanie lecznicze Omnadiny jeszcze w dalszych 16 przypadkach. Jeżeli ze wszystkich 24 przypadków wziąć przeciętną, według której wstrzyknięcie Omnadiny dokonywano w 2 dni po rozpoczęciu choroby, to okaże się, że chorzy już po 3½ dniach powracali zupełnie do zdrowia. Szczególnie szybko ustępowało wrażenie gorąca, bóle, a zwłaszcza bóle głowy. Ból przy łykaniu ustępował w tej grupie stosunkowo szybko, jednakże czopy ropne utrzymywały się jeszcze dość długo. Jako przykład działania Omnadiny przy anginie autor przytacza jedną typową historję choroby:

5-letnia dziewczynka, zachorowała 15 maja 1933. Utrata łaknienia, nie bawi się, 39,8° Obrzmienie obu migdałków, liczne czopy ropne. Rozpoznanie: Angina follicularis. Wstrzyknięcie 1 ampułki Omnadiny. Wieczorem 38,8°, nazajutrz 37°. Dziewczynka domaga się jedzenia, nie chce leżeć w łóżku, czuje się zupełnie dobrze. Obrzmienie migdałków ustąpiło, utrzymuje się tylko jeszcze kilka czopów ropnych. Zimne okłady na szyję. Stan bezgorączkowy, ropienie ustąpiło zupełnie. Jedno więc wstrzyknięcie Omnadiny i zimny okład wystarczyły do szybkiego wyleczenia ciężkiej anginy.

Wyniki leczenia Omnadiną ropnej anginy:

Nr.	Wiek	Dni od zachorowania do wstrzyknięcia	Ilość wstrzykiwań	Wyniki
1	23	3	1	Następnego dnia gorączka mniejsza, miejscowe objawy chorobowe ustępują. Zupełne wyleczenie.
2	16	3	1	Jak powyżej.
3	5	2	2	Co drugi dzień jedno wstrzyknięcie, wynik jak powyżej.
4	50	2	3	Codziennie jedno wstrzyknięcie. Po 2 wstrzyknięciach spadek gorączki. Zupełne wyleczenie.

W przypadkach ropnej anginy 2—3 wstrzyknięcia Omnadiny przyczyniały się do szybkiego wyleczenia; pozatem stosowano jednak również Novalginę, zimne okłady i płókania gardła. Ze wszystkich spostrzeżeń wynika, że doraźną poprawę udawało się osiągnąć zwłaszcza w tych przypadkach, w których wstrzyknięcie Omnadiny dokonywano możliwie szybko po wystąpieniu pierwszych objawów chorobowych. Chorzy, u których zmiany zapalne trwały już od kilku dni, również pomyślnie reagowali na działanie lecznicze preparatu, jednakże poprawa nie ujawniała się tak szybko.

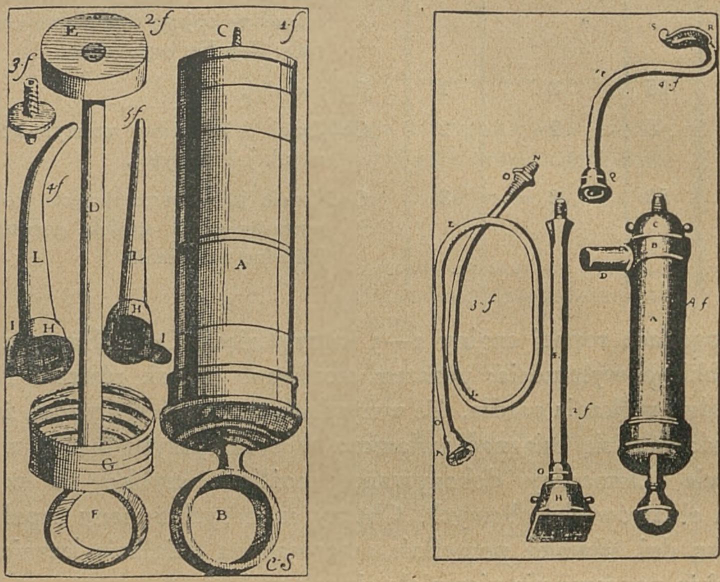
HISTORJA STRZYKAWKI.

Dr. W. Schatz, Allentown, Pennsylvania (referat według Transact. of the Am. Ther. Soc. 1932); *prof. dr. Baas* (Historja medycyny); *dr. Schönfeld*, Heidelberg (Derm. Woch. 1935 Nr. 38 *).

Najstarsze próby podawania leków z ominięciem żołądka i kiszek polegały na stosowaniu okładów lub wcierania maści. Strzykawkę wynaleziono dopiero bardzo późno. *Ambroży Paré* opisuje w r. 1564 strzykawkę przeznaczoną do lewatyw kiszkowych i przepłókiwań pęcherza moczowego; w dziełach *Paré*'go znajdujemy nawet rysunki strzykawek z odpowiedniemi tłokami. *William Clowes* stosował w roku 1637 „strzykawkę, która miała długie ostrze i wielką rurę"; przyrządem tym wstrzykiwał *Clowe* „aquam Fallopii" do jamy ciała. *Leonardo da Vinci* przeprowadzał badania anatomiczne na trupach i wlewał zapomocą specjalnej strzykawki roztopiony wosk; w ten właśnie sposób wykrył on w XVI wieku wielkie komory mózgowe. Wydaje się bardzo możliwe, że takie strzykawki były w użyciu już oddawna; w licznych pracach

*) *Schönfeld* przytacza również bardzo obszerne piśmiennictwo i bardzo ciekawe obrazki ilustrujące technikę wstrzykiwania około 1667 roku.

lekarskich, sięgających aż do czasów starożytnych, znajdujemy różne doniesienia, że wykonywano przetaczanie krwi a zapewne również i inne zabiegi dożylne. Niestety, na podstawie dotychczas posiadanego materjału historycznego możemy tu podać jedynie przypuszczenia, dotyczące odnośnych przyrządów, przeznaczonych dla celów wstrzykiwania; czy mamy tu do czynienia z legen-



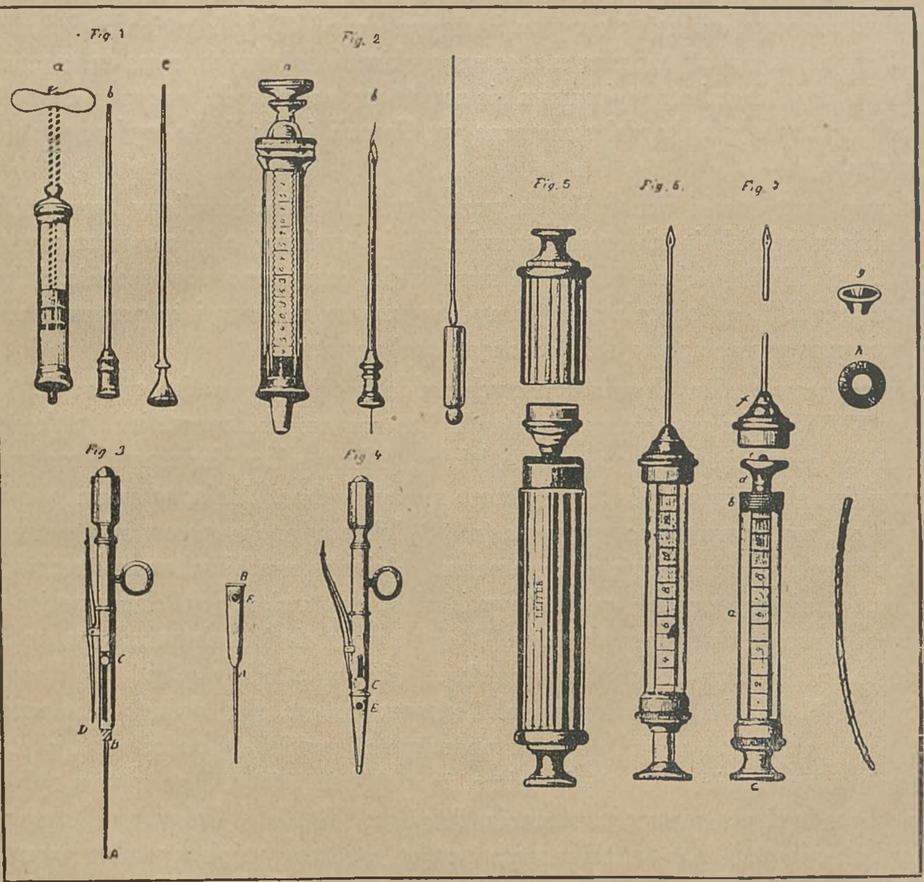
Rysunki strzykawek według Nouveau Traité des Instruments de Chirurgie.
R. Jacques Croissant de Garengeot. Paryż 1727.

dami i satyrami, czy też istotnie z pierwowzorami naszych obecnych strzykawek, pozostaje narazie nierozstrzygnięte. Pewniejsze są dopiero doniesienia pochodzące z XVII wieku. *Stirius*, który uważał wstrzykiwania i lewatywy za zabiegi pokrewne, pisze w swem dziele „Chirurgia infusoria" w r. 1668: „Takie wstrzykiwanie jest zabiegiem chirurgicznym, gdyż stanowi sztucznie wykonaną operację, pomimo że jest podobne do innych wstrzykiwań, które wykonywano dla „wymycia" ropni, przetok, guzów i t. p., wobec czego niektórzy specjaliści nazywają wstrzykiwania „nową lewatywą" lub „nową enemą" dla odróżnienia od starej i znanej już oddawna zwykłej lewatywy".

Przy opisie techniki wstrzykiwań dożylnych *Stirius* podaje następujące wskazówki: „Oprócz przyrządu, który stosuje się zwykle przy upuście krwi, wymaga ta operacja przyrządu do wstrzykiwania. Instrument ten składa się ze srebrnej kanki lub rurki ze zwężonym i nieco zakrzywionym końcem. Szerszy koniec tego przyrządu jest połączony z balonem zawierającym płyn przeznaczony do wstrzyknięcia. Balon ten uciskamy i wtłaczamy w ten sposób płyn przez rurę do żyły, podobnie jak przy zwykłej enemie". *Major* (1667) opisuje podobny instrument; składa się on ze złotej lub srebrnej rury, na której szerszym

końcu przytwierdzony jest balon. *Major* podaje w swej pracy dokładny rysunek tego przyrządu. Taki sam przyrząd miał niewątpliwie na myśli *Purmann*, gdy w roku 1683 opisywał w swej „Chirurgia curiosa“ wstrzykiwania zapomocą „rur z pęcherzami“.

Purmann opisuje technikę wstrzykiwań dożylnych w następujący sposób: „Otwieramy żyły i wypuszczamy kilka uncyj krwi.... następnie wlewamy płyn



Strzykawki z XIX wieku: 1) Strzykawka Pravaza. 2) Strzykawka Luera. 3 i 4) Strzykawka Rynda. 5 — 7) Strzykawki Leitera.

do strzykawki i wkładamy strzykawkę, która musi mieć ładnie wygiętą i ostro zakończoną rurę, do otworu rany; po odwiązaniu górnych nitek wstrzykujemy płyn spokojnie i powoli, aż cała zawartość przeniknie do żyły..... Strzykawka musi być dostatecznie duża, aby zmieściła jedną uncję..... Niektórzy lekarze stosują zamiast strzykawki małą rurę enemową z balonem, która również dobrze odpowiada swemu przeznaczeniu, lecz mojem zdaniem strzykawka jest lepsza“. Stosowane przez *Purmanna* określenie strzykawki dowodzi, że nazwa

ta była w powszechnem użyciu i oznaczała ten szczególny przyrząd, który autor miał na myśli i który już dokładnie odróżniał od instrumentu balonowego, nazwanego „rurą enemową z pęcherzem“.

Elsholz wydał w roku 1665 w Berlinie książkę pod tytułem „Clysmatica Nova oder Neue Clystierkunst“; w pracy tej autor nazywa przyrząd do wstrzykiwania „syringą“, nie podając przy tem dokładniejszego opisu tego instrumentu. Ani *Purmann* ani *Elsholz* nie dołączyli do swych pierwszych prac rysunków przyrządów, które nazywali strzykawkami, *Elsholz* twierdzi jednak, że „Clysmatica nowa“ oznacza sztukę wstrzykiwań dożylnych, sama zaś nazwa pochodzi stąd, że zabieg wykonywa się zapomocą strzykawki, przypominającej swym kształtem strzykawki stosowane we Francji i Walji dla wykonywania lewatyw.

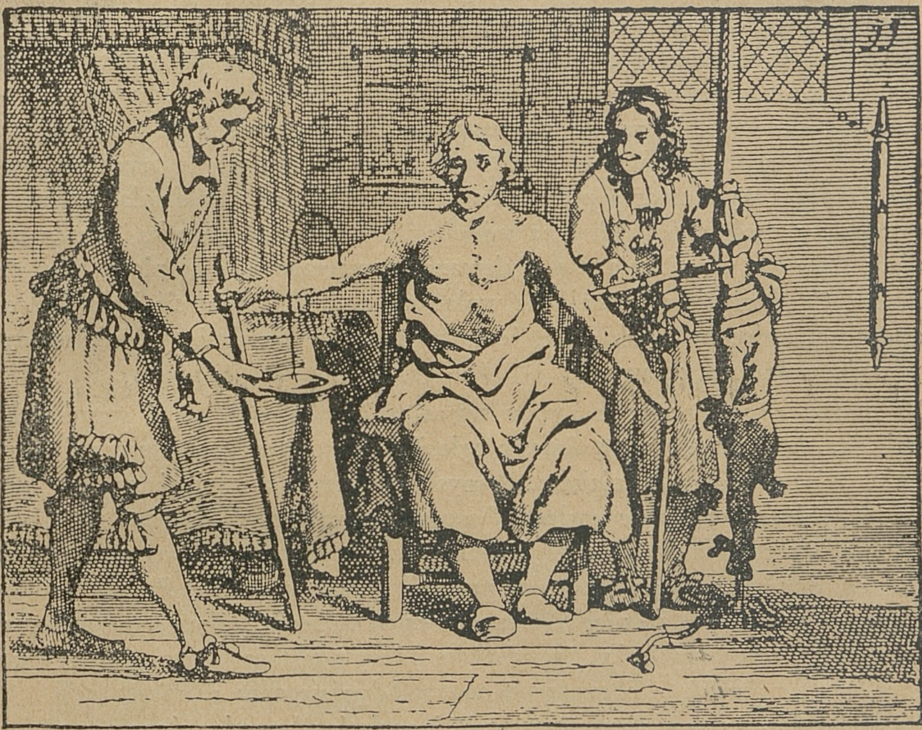
Nazwa strzykawki oznaczała wówczas tylko jeden określony przyrząd. Z istniejących dokładnych opisów strzykawki i z dyskusyj o jej stosowaniu wynika, że w XVII wieku pod nazwą strzykawki rozumiano powszechnie tylko ten przyrząd, który obecnie nazywamy strzykawką tłokową i że przyrząd ten już wówczas wyrabiano w dość udoskonalonej postaci.

Na podstawie różnych wiarogodnych źródeł możemy ponadto twierdzić, że już w XVII wieku stosowano strzykawki i to zarówno balonowe jak i tłokowe dla celów pozajelitowych podawania leków. Kiedy i kto pierwszy zastosował wstrzykiwanie dożylne, pozostaje jeszcze niewyjaśnione. *Major* w swem piśmie z roku 1667 pierwszeństwo wykrycia (1661) dobroczynnego stosowania wstrzykiwań dożylnych przypisuje sobie samemu. *Major* wdmuchiwał ustami roztwór środka leczniczego przez rurę albo wyciskał balon zawierający lekarstwo i połączony z rurą prowadzącą do żyły. *Major* zrzeka się jednak zaszczytu, że to również on pierwszy dokonał tego zabiegu, gdyż w piśmie z roku 1669 donosi w § 4, że *T. Clarke* (w Philosophical Transactions, str. 731) opisuje przetaczanie krwi, które już przed 50 laty wykonywał pewien Niemiec nazwiskiem Libavius. Następnie w § 5 *Major* pisze, że wspólnie z *Sam. Reyherusem* całkowicie potwierdzają słuszność zeznania *Bazylego Titeliusa,* który osobiście widział, jak w roku 1642 w Niemczech pewien wojskowy dokonywał wlewania dożylnego. „W roku 1642“ pisze *Major* według własnych słów *Titeliusa*, „*Hans Jürgen von Wahrendorff*, rotmistrz zamieszkały w mieście Luhe, wykonywał wstrzykiwania; strzelcy rotmistrza wstrzykiwali psom hiszpańskie wino zapomocą małych kurzych kosteczek, tak że zwierzęta były zupełnie pijane“. Tę samą historję opowiadają w swych pismach *Stirius* (1668) oraz *Ansonius* (1642). *Rust*, opisując w roku 1833 historję lekarza *Wrena,* podaje, że stosował on często wstrzykiwania różnych leków, przyczem korzystał albo ze strzykawki albo z małej rurki zaopatrzonej w balonik.

Według *Schönfelda* najbardziej zasłużyli się sprawie stosowania wstrzykiwań i udoskonalenia strzykawki 3 lekarze:

Major (1634—1693), *Ettmüller* (1646—1683), a przedewszystkiem *Elsholz*. *Johann Schmiedt* z Gdańska pierwszy w roku 1666 zaczął leczyć kiłę zapomocą dożylnych wstrzykiwań.

Udoskonalenie pozajelitowego sposobu podawania leków, polegające na stosowaniu wstrzykiwań dożylnych, jest według *Baasa* zasługą lekarzy angielskich. *Baas* podaje w swej Historji Medycyny, że wspomniany już powyżej



Strzykawki dla przetaczania krwi z XVII wieku.

Krzysztof Wren dokonywał w roku 1657 prób wstrzykiwań dożylnych oraz że żyjący jednocześnie z nim *Tymoteusz Clarke* i *Ryszard Lower* (1621 — 1691) również podawali lekarstwa drogą dożylną. Później jednak metoda dożylna popadła przeszło na 100 lat w zapomnienie. Następne próby pozajelitowego stosowania leków były znowu bardzo prymitywne: podobnie jak w czasach starożytnych stosowano wcierania maści w bolesne miejsca. W r. 1823 *Lembert* i *Lesieur* usuwali zapomocą odpowiedniego drażniącego plastra naskórek i nakładali lekarstwo na obnażoną powierzchnię rany. Odmiany tej metody, zwanej sposobem endermatycznym, polegały na tem, że albo usuwano naskórek środkami żrącemi i posypywano sproszkowanem lekarstwem lub nacierano odpowiednią maścią, albo też cienkie nitki włosiane, nasycone roztworem morfiny, przeciągano przez fałdy skórne. W roku 1828 *Lembert* rozważał moż-

liwość wstrzykiwania środków leczniczych do tkanki podskórnej. W roku 1826 *Lafargue* leczył nerwobóle w ten sposób, że wzdłuż schorzałego nerwu dokonywał szeregu nakłuć zapomocą lancetu, którego ostrze zanurzał uprzednio w roztworze morfiny. W roku 1844 *Rynd* z Dublina wprowadza podskórnie pewien płyn narkotyczny i z tego względu niektórzy historycy uważają go za wynalazcę podskórnych wstrzykiwań dla celów terapeutycznych. Stosowany przez *Rynda* i szczegółowo przez niego opisany przyrząd składał się z igły i z kanki. Ostrze instrumentu wprowadzano pod skórę zapomocą nacięcia lancetem albo bezpośrednio wkłuwano pod skórę. Płyn przeznaczony do wstrzyknięcia znajdował się w specjalnym lejku; z boku przyrządu przymocowana była dźwignia, której uciśnięcie otwierało połączenie lejka z rurką, tak że płyn mógł swobodnie wyciekać, wlewać się do otworu rany i przenikać pod skórę. Podczas wyjmowania przyrządu płyn w nim zawarty działał zarówno na przekłutą część skóry jak i na miejsce ujęte igłą. Strzykawka *Rynda* nie posiada żadnego urządzenia dla wylewania zawartego w niej płynu pod ciśnieniem. Opróżnianie odbywało się wyłącznie pod wpływem ciśnienia hydrostatycznego, które było tak małe, że instrument opróżniał się jedynie wtedy, gdy wyjmowano go z rany.

W marcu 1852 *Pravaz* z Lyonu wynalazł wydrążoną igłę i strzykawkę metaliczną. W styczniu 1853 *Pravaz* ogłosił pracę o wynikach wstrzykiwania chlorku żelazowego do tętniaków. Pomysł wytworzenia wydrążonej igły jest prawdopodobnie wyłącznie zasługą *Pravaza.* Strzykawka *Pravaza* posłużyła następnie za wzór dla wytwórców technicznych, którzy stopniowo udoskonalili ją aż do dzisiejszej postaci. *Béhier* zastąpił metalową rurkę *Pravaza* rurką szklaną, przytwierdził do niej igłę zapomocą urządzenia śrubowego i poruszał tłok również zapomocą śruby. Strzykawkę *Béhiera* zastosował po raz pierwszy dla celów leczniczych *Aleksander Wood* z Edynburga w r. 1853.

W roku 1861 *Lafargue* zaproponował „inoculation hypodermique par enchevillement“ np. podskórne wprowadzanie czopków morfinowych przez nakłuwanie skóry. Dokonywano również prób wciskania leków pod skórę zapomocą trójgrańca.

Karol Hunter dowiódł pierwszy w roku 1859, że wstrzykiwań morfiny niekoniecznie należy dokonywać bezpośrednio w bolesne miejsce i że zupełnie takie same pomyślne wyniki osiąga się przy wstrzykiwaniach w inne miejsca ciała, nawet znacznie oddalone od miejsca właściwego bólu. *Hunter* wprowadził do użytku nierdzewiejące srebrne igły. Pomimo to stosowanie leków drogą wstrzykiwań stało jeszcze przez długi czas na niskim poziomie i nie zyskiwało powszechnego uznania ani rozpowszechnienia; dopiero z biegiem lat udoskonalono technikę wstrzykiwań do dzisiejszego stanu, przyczem dopiero uwzględnienie prawideł aseptyki uczyniło ze strzykawki przyrząd nieszkodliwy i niezbędny.

Przy stanach wyczerpania i w okresie rekonwalescencji

TONOPHOSPHAN

organiczny preparat fosforowy do wstrzykiwań podskórnych.

Pobudzające działanie na zjawiska pośredniej przemiany materji.

Tonizujący wpływ na serce i nerwy.

Szybkie zwiększenie wydolności ustroju, ustępowanie wrażenia zmęczenia.

OPAKOWANIA ORYGINALNE:

Tonophosphan 1%-wy:

pudełka po 10 ampułek à 1 cm³ zł. 5.—

pudełka po 20 ampułek à 1 cm³ zł. 7.50

opak. klin. pudełka po 100 amp. à 1 cm³ zł. 32.—

Tonophosphan 2%-wy (fortius):

pudełka po 10 ampułek à 1 cm³ zł. 5 20

opak. klin. pudełka po 100 amp. à 1 cm³ zł. 37.35



BAYER

»Bayer«

LEVERKUSEN n/R.

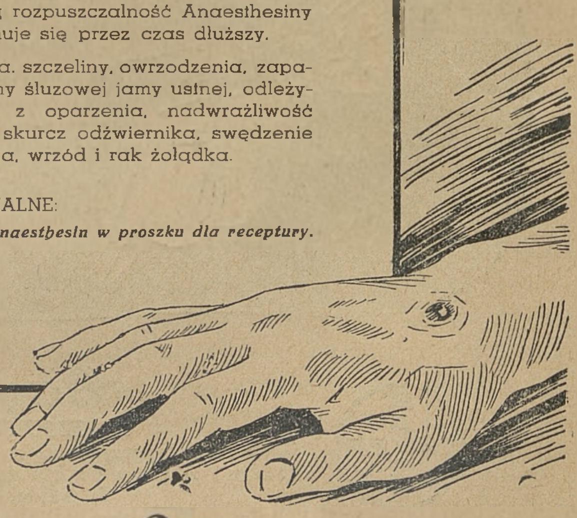
Wyłączna Reprezentacja na Rzeczpospolitą Polską:

Dom Agenturowy „REMEDIA"

E. Fulde i S-ka

Warszawa, ul. Hipoteczna Nr. 5.





NOTATKI TERAPEUTYCZNE

Spostrzeżenia nad stosowaniem Evipanu-Natrium per rectum dla bezbolesnego przeprowadzania porodu.

Stosowałem Evipan-Natrium per rectum przy 30 porodach. Dawka wynosiła 1,5 g na 30 cm³ zwykłej wody. Główna trudność stosowania preparatu do odbytnicy polega na wybraniu właściwej chwili podania środka usypiającego. Jeżeli wlewkę wykonać zbyt wcześnie, to narażamy się na niebezpieczeństwo, że działanie przeminie jeszcze przed ukończeniem okresu rozwierania; jeżeli wlewkę wykonać zbyt późno, gdy główka prawie już wstąpiła do miednicy, wówczas bóle parte natychmiast wyciskają z kiszki całą lewatywkę i Evipan-Natrium nie może przejawiać swego działania. Na podstawie moich spostrzeżeń pragnąłbym tu podać następujące wskazówki dotyczące stosowania Evipanu-Natrium per rectum.

1. Przed podaniem Evipanu-Natrium należy dobrze opróżnić pęcherz moczowy, najlepiej zapomocą cewnika; podobnie starannie należy oczyścić również i kiszki zapomocą zwykłej lewatywy. Mniej więcej w ½ godziny po opróżnieniu pęcherza i kiszek wlewamy do odbytnicy roztwór Evipanu-Natrium.

2. Evipan-Natrium należy podać wtedy, gdy bóle rozwierające powtarzają się stale co 10 minut i główka uciska mocno na wejście do miednicy, lecz do miednicy jeszcze nie wstąpiła. Gdyby z jakichkolwiek względów potrzebne było badanie przez pochwę, którego w zwykłych warunkach zawsze należy unikać, wówczas można podać Evipan-Natrium wtedy, gdy ujście maciczne jest już wielkości mniej więcej monety jednozłotowej. Jednakże, jak już wspomniałem, badanie przez pochwę dla określenia wielkości ujścia macicznego jest zupełnie zbyteczne, należy tylko przestrzegać prawidła, aby dawać Evipan-Natrium wtedy, gdy bóle rozwierające powtarzają się mniej więcej co 10 minut. Działanie utrzymuje się przeciętnie przez pierwsze pół godziny bólów partych. Jeżeli ujście maciczne rozwiera się szczególnie prędko, to nawet bóle parte są prawie niebolesne. Jeżeli rozwieranie się ujścia macicznego trwa dłużej, wówczas działanie Evipanu-Natrium zaczyna słabnąć mniej więcej w pół godziny po rozpoczęciu bólów partych. Jest wprost zdumiewającem, jak rodzące śpią w okresie rozwierania lub leżą tak spokojnie, że o odczuwaniu jakichkolwiek objawów bólowych nawet mowy być nie może. Początkowo myślałem zawsze, że poród nie nastąpi jeszcze tak prędko i byłem zdziwiony, gdy podczas badania znajdywałem zupełnie już rozwarte ujście maciczne i główkę na dnie miednicy. Jeżeli nawet działanie Evipanu-Natrium na początku bólów partych już minęło, to rodzące, dzięki zupełnej bezbolesności okresu rozwierania, są podczas parcia tak mało zmęczone, że nie odczuwają również i bólów okresu wydalania w sposób tak przykry jak dawniej. Przy przedwczesnem pęknięciu pęcherza płodowego stosowałem początkowo co pół godziny chininę z kardiazolem, a następnie, gdy bóle stawały się regularne i powtarzały się co 10 minut, podawałem per rectum Evipan-Natrium. Żadnych przykrych objawów działania ubocznego nie obserwowałem ani razu, ani razu też nie stwierdziłem, aby Evipan-Natrium osłabiał czynność porodową. Jeżeli bóle były już od samego początku słabe, stosowałem chininę, podobnie jak przy przedwczesnem pęknięciu pęcherza.

W 10 przypadkach nastąpiło podczas porodu pęknięcie krocza, w 3 przypadkach

zaszła konieczność zastosowania kleszczy. Uśpienie eterowe podczas porodów kleszczowych znosiły pacjentki bardzo dobrze. Dawka potrzebnego eteru była znacznie mniejsza niż przeciętnie. Dla uśmierzenia bólu podczas przerzynania się główki oraz przy szyciu krocza stosowałem jak zwykle przy wszystkich porodach rausz chloretylowy. Również i tutaj nie stwierdziłem nigdy żadnych powikłań. Okres poporodowy przebiegał zupełnie normalnie, bez żadnych zaburzeń i bez żadnych szczególnych krwawień. W kilku przypadkach odniosłem wrażenie, że dzieci rodziły się wprawdzie w stanie bardzo dobrym, jednakże w ciągu kilku pierwszych dni ssały stosunkowo leniwie. Wobec tego jednak, że stwierdziłem to tylko w pewnej części przypadków, uważam pytanie, czy to leniwe ssanie było samoistne, czy też zależało od ubocznego działania Evipanu Natrium, jeszcze za nierozstrzygnięte.

Żadnego szkodliwego wpływu na dzieci nie stwierdziłem, leniwe ssanie ustępowało przeważnie już po 2 dniach.

Dr. Schmidt, Halle n. S.
(Ther. Ber. 1936, Nr. 1).

Zaćma i dwunitrofenol.

U 3 chorych w wieku 37, 40 i 50 lat wystąpiła po zastosowaniu dwunitrofenolu w celach odtłuszczających zaćma. Ze względu na wiek pacjentów i brak innych czynników chorobotwórczych wystąpienie zaćmy należy postawić w niewątpliwym związku przyczynowym ze stosowaniem dwunitrofenolu. Objawy chorobowe stwierdzono w 4 oczach: w jednem sprawa w ciągu 3 tygodni nie rozwijała się dalej, natomiast w 3 pozostałych siła wzroku zmniejszała się stale, aż do zupełnej ślepoty. Pozatem u 3 innych pacjentek: (wiek: 30, 36 i 50 lat), które przez dłuższy czas otrzymywały dwunitrofenol, również stwierdzono na obu oczach zmiany w soczewce, względnie początki zaćmy. Na tej podstawie autorzy uważają, że chwilowo należy bezwarunkowo wstrzymać się od dalszego stosowania dwunitrofenolu.

Dotychczasowe opisy zaburzeń lub nawet przypadków śmiertelnych dotyczyły wyłącznie przypadków niekontrolowanego lub nadmiernego stosowania dwunitrofenolu; obecnie autorzy donoszą o 6 pacjentkach w wieku od 36 do 50 lat, u których „dawki lecznicze“ wywoływały w krótkim czasie zaćmę. Wobec tego, że zaćma w tym wieku stanowi wielką rzadkość i czynnikiem wspólnym w tych wszystkich 6 przypadkach było stosowanie dwunitrofenolu, stosowanie tego środka należy uważać aż do wyjaśnienia tego zagadnienia za przeciwwskazane.

Dr. W. D. Horner, dr. Jones i dr. Boardman,
San Francisko.
(Journ. Am. Med. Ass. 1935, tom 105).

Leczenie upławów.

Upławy pochwowe leczyliśmy zapomocą Deveganu i osiągaliśmy bardzo pomyślne wyniki terapeutyczne. Na szczególną uwagę zasługuje stosowanie Deveganu w przypadkach nieżytu pochwy na tle zakażenia trichomonadami. Już po kilku zabiegach trichomonady znikały bez śladu. Devegan stosowaliśmy następnie z powodzeniem dla zapobiegawczego odkażania pochwy przed zabiegami ginekologicznemi. Devegan przedstawia nadzwyczaj skuteczny środek leczniczy, gdyż pożądaną poprawę lub całkowite wyleczenie osiąga się już po stosunkowo krótkiej kuracji.

Na podstawie naszego doświadczenia uważamy, że Devegan nadaje się znakomicie do stosowania zarówno w klinice jak i w prywatnej praktyce ginekologicznej.

Prof. dr. F. Ertl,
Klinika Ginekologiczna w Linzu
n. Dunajem.
(Ther. Ber. 1935, Nr. 2).

Vigantol.

Zostałem niedawno wezwany na naradę dla zbadania sześciomiesięcznego dziecka, które w ciągu 14 dni otrzymało dwie flaszeczki Vigantolu po 5 cm³ i 3 flaszeczki po 10 cm³, czyli 40 cm³ w ciągu 14 dni, to znaczy około 3 cm³ dziennie (= około 70 kropel dziennie). Zaznaczyć tu jeszcze

należy, że całe to leczenie stosowano wyłącznie w celach zapobiegawczych! To niezwykle wielkie przedawkowanie nie wywołało jednak żadnych zaburzeń. Mocz nie zawierał białka, nie stwierdzono zaburzeń przewodzenia bodźców sercowych, ciśnienie krwi było prawidłowe. Badanie kliniczne nie wykazywało żadnych danych, przemawiających za istnieniem jakichkolwiek zaburzeń w chemizmie krwi.

Dr. Burghard, Düsseldorf.
(Ther. Ber. 1936, Nr. 1).

Uszkodzenie stawu kolanowego.

Chora A. W. lat 25, przed 10 godzinami została przypadkowo mocno uderzona widłami w kolano. Przy badaniu stwierdza się: lewy staw kolanowy ogromnie obrzmiały i bardzo zaczerwieniony. Górny uchyłek uwypukla się wyraźnie. Widły przedziurawiły jamę stawową w typowem miejscu pod prawym brzegiem rzepki; widoczny jest tylko pokryty brudnym nalotem otwór wkłucia.

Po oczyszczeniu skóry i otworu wkłucia dokonałem infiltracji kanału nakłucia 1⁰/₀₀-owym roztworem Rivanolu. Następnie nakłułem staw obok kanału drążącej rany i wstrzyknąłem do jamy stawowej 10 cm^3 roztworu Rivanolu (1⁰/₀₀). Ponadto wstrzyknąłem zapobiegawczo surowicę tężcową. Stała kontrola ciepłoty. Zimne okłady na staw. Dotkliwe bóle, które niesłychanie dokuczały chorej, znacznie złagodniały już w ciągu najbliższej nocy. Na trzeci dzień powtórne wstrzyknięcie 10 cm^3 Rivanolu do stawu.

Po kilku dniach zarówno podmiotowe jak i przedmiotowe objawy ustąpiły prawie zupełnie i staw odzyskał swą dawną ruchomość. Pacjentce zaleciłem narazie oszczędzanie chorej kończyny; po upływie 3 tygodni pacjentka była już zupełnie zdolna do pracy.

Dr. W. Werthmann, Königswiesen.
(Ther. Ber. 1936, Nr. 2).

Leczenie łuszczycy w praktyce codziennej.

Dla ogólnego leczenia łuszczycy wielu autorów stosuje z powodzeniem preparaty arsenowe (Solarson i inne). Preparaty arsenowe podawane doustnie działają raczej na skórne zmiany miejscowe, preparaty zaś stosowane w postaci wstrzykiwań wpływają leczniczo na stan ogólny. Jod jest według większości autorów przeciwwskazany, siarka nie wykazuje żadnego wpływu. Również i „dieta bezsolna" nie dawała żadnych wyników leczniczych. Dieta beztłuszczowa (*Grütz*) jest w praktyce trudna do przeprowadzenia. Ze środków miejscowych stosuje się: chryzarobinę, maść rtęciową, ew. z hexametyleno-tetraminą, maść salicylowo-rezorcynową, miejscowe naświetlania ew. z Trypaflaviną, naświetlania grasicy. Zamiast naświetlań z uprzedniem uczuleniem Trypaflaviną autor zaleca hexametylenotetraminę + maść rtęciową + lampę kwarcową. Kwas cinchoninowy działa podobno leczniczo w tych przypadkach, w których zachodzi pewien związek między gośćcem i łuszczycą. Z pośród hormonów stosowano: follikulinę, wyciągi wątrobowe, preparaty nadnerczy. Insulina i wyciągi gruczołu tarczowego są przeciwwskazane.

Dr. Seckendorf, Fürth w Bawarji.
(Med. Welt 1934, Nr. 32).

Leczenie pląsawicy.

Dziewczynka, lat 15, cierpi na bardzo ciężką pląsawicę, powikłaną zapaleniem

wsierdzia. Drgawki kończyn, głowy i tułowia były tak gwałtowne, że pacjentka pomimo owinięcia rąk i nóg ciągle się kaleczyła i uderzała. Silne ruchy pląsawicze języka zupełnie uniemożliwiały mowę.

Z początku zastosowałem Luminal, brom w dużych dawkach, a następnie nawet pantopon ze skopolaminą. Wszystkie te środki nie wywierały na przebieg choroby żadnego wpływu. Wobec tego, że bezustanne, bardzo silne ruchy całego ciała groziły bezpośrednim niebezpieczeństwem ostrego osłabienia serca, zdecydowałem się na wywołanie uśpienia zapomocą Avertiny, aby choć na kilka godzin uspokoić pacjentkę i dać wypoczynek zmęczonemu sercu. Uśpienie przeprowadził tutejszy chirurg.

Już po kilku minutach drgawki uspokoiły się zupełnie; od godziny 5 po poł. aż do 10 rano następnego dnia drgawek wcale nie było. W nocy chora nie potrzebowała żadnej szczególnej opieki. Nazajutrz około godziny 11-ej drgawki rozpoczęły się znowu, były jednak znacznie słabsze i ustępowały już pod wpływem Luminalu. Po 8-tygodniowem leczeniu pacjentka wypisała się w bardzo dobrym stanie zdrowia bez jakichkolwiek objawów pląsawicy.

Uważam, że w przypadku tym uśpienie avertinowe miało decydujący wpływ na wynik choroby, gdyż niebezpieczeństwo nagłej śmierci z powodu ostrej niedomogi serca było tu bardzo duże. Wobec tego, że tak ciężkiego przypadku pląsawicy dotychczas więcej nie spostrzegałem, nie miałem narazie sposobności wypróbowania działania Avertiny na większej liczbie chorych. Na szczególną uwagę zasługuje w każdym razie okoliczność, że po zastosowaniu uśpienia avertinowego, środki lecznicze, które poprzednio zupełnie zawodziły, nagle odzyskały swe pomyślne działanie terapeutyczne. Zbieranie odpowiednich spostrzeżeń przez lekarzy, którzyby obserwowali podobne przypadki, mogłoby się przyczynić do lepszego opracowania tej metody leczniczej.

Dr. Gagel, Wrocław, dawniej Erlangen.
(Ther. Ber. 1936, Nr. 1).

Leczenie wymiotów ciążowych.

Z pośród zaburzeń ciążowych największą rolę odgrywają w praktyce wymioty, które w ciągu pierwszych trzech miesięcy ciąży mogą sprawiać pacjentkom bardzo poważne dolegliwości. Niepowściągliwe wymioty ciężarnych stanowią toksykozę ciążową zwykle bardzo odporną na wszelkie nasze zabiegi lecznicze. Właściwej przyczyny tych wymiotów dotychczas jeszcze nie znamy, tak że leczenia przyczynowego zastosować nie jesteśmy w stanie i musimy się z konieczności ograniczać do postępowania objawowego. W starszych podręcznikach znajdujemy liczny szereg środków przeznaczonych dla uśmierzania wymiotów ciążowych, co dowodzi, że żaden z tych preparatów nie był istotnie skuteczny i zachodziła potrzeba zwracania się do coraz to innych środków.

Jeżeli uważać niepowciągliwe wymioty za toksykozę, to narzuca się, oczywiście, myśl, aby zwalczać to uciążliwe cierpienie na drodze odtruwania ustroju. Pod tym względem dobre wynika daje nam czasem roztwór Ringera; objawy żołądkowe, a zwłaszcza bolesne wstrząsy podczas wymiotowania lub uporczywe mdłości nie zawsze jednak ustępują i często nadal dokuczają pacjentce. Prawdopodobnie w przypadkach takich oprócz zaburzeń przemiany materji dużą rolę odgrywa również i czynnik psychiczny. W każdym razie podczas napadów żołądkowych na pierwszy plan obrazu chorobowego wysuwa się nierzadko ból, którego uśmierzenie wymaga naszej szczególnej uwagi. Pośród licznych preparatów zalecanych dla zadziałania na objawy psychiczno-bólowe największem uznaniem cieszyły się różne związki bromowe. W pewnym szczególnie uporczywym przypadku niepowściągliwych wymiotów ciążowych, w którym wszelkie poprzednio stosowane środki zawiodły zupełnie, przypomniałem sobie o Orexinie, którą wprowadził do praktyki ginekologicznej *Frommel* w roku 1893. Dla spotęgowania działania leczniczego, uśmierzającego wrażliwość żołądkową, połączyłem w tym ciężkim przypadku Orexinę z Anaesthesiną. Wynik okazał się nadzwyczaj pomyślny, tak że uwa-

żam za wskazane, aby przypomnieć ogółowi lekarzy ten nieco już zapomniany preparat. Proszki zapisywałem w następujący sposób: Orexini tannici 0,3, Anaesthesini 0,05—0,1, Sacchari albi 0,15 in oblatis. S. 3 razy dziennie po 1 proszku przed jedzeniem lub podczas jedzenia. Stwierdziłem, że skurcze żołądkowe, występujące podczas każdego jedzenia, łagodniały lub ustępowały zupełnie jedynie pod wpływem tych proszków, podczas gdy wszelkie inne środki zawodziły. Nie uważam przytem bynajmniej Orexiny za niezawodny preparat, leczący zawsze wymioty ciężarnych, lecz za bardzo skuteczny środek objawowy dla łagodzenia bolesnych napadów żołądkowych, występujących często w związku z wymiotami. W odpowiednich przypadkach należy ew. wypróbować insulinę lub inne preparaty. Jestem przekonany, że Orexina może oddać lekarzowi-praktykowi w odpowiednich przypadkach bardzo cenne usługi, zwłaszcza, że jeszcze dwukrotnie w analogicznych przypadkach osiągnąłem również pomyślne wyniki.

Prof. dr. Walther, Giessen.
(Ther. Ber. 1936, Nr. 1).

Leczenie Omnadiną.

Ciągle jeszcze panuje w kołach lekarskich pewne uprzedzenie przeciwko stosowaniu Omnadiny przy chorobach zakaźnych. Omnadina mogłaby jakoby zmienić w niepożądany sposób obraz choroby i utrudnić lekarzowi postawienie w odpowiedniej chwili dokładnego rozpoznania.

Chory jednak słusznie domaga się przedewszystkiem udzielenia mu możliwie szybkiej pomocy. Pacjent zwraca się do lekarza nie z żądaniem dokładnego rozpoznania, lecz głównie z powodu swego cierpienia i lekarz straciłby niepotrzebnie drogocenny czas, gdyby czekał z odpowiednią interwencją aż do chwili upewnienia się w rozpoznaniu. Chwila zaś interwencji leczniczej może mieć rozstrzygające znaczenie dla całego dalszego przebiegu choroby. Wiadomo powszechnie, że w przypadkach anginy o obrazie klinicznym, nasuwającym choćby podejrzenie błonicy, natychmiastowe wstrzyknięcie surowicy błoniczej jeszcze przed dokonaniem badania bakterjologicznego przedstawia prawidło obowiązujące; zupełnie tak samo powinien lekarz - praktyk w przypadkach chorób zakaźnych o niewyraźnej jeszcze etjologji dążyć do tego, aby natychmiast odpowiednio zadziałać na konstytucję pacjenta i szybko spotęgować jego naturalne siły obronne.

Na podstawie długoletniego doświadczenia autor uważa, że do celu tego najbardziej nadaje się Omnadina. Omnadina wywiera bardzo pomyślny wpływ leczniczy na przebieg nietylko grypy i anginy lecz również i wszelkich innych spraw zakaźnych. Oto kilka przykładów pomyślnego działania Omnadiny:

1. Chora lat 77. Silna miażdżyca ogólna. W ciągu ostatnich 10 lat chorowała trzykrotnie na zapalenie płuc.

Gorączka 38,8°, duszność, niewielki kaszel, samopoczucie złe. W obrębie płata środkowego z tyłu niewielkie przytłumienie koło łopatki, osłabienie oddechu, nieliczne rzężenia. Rozpoznanie: pneumonia incipiens. O godzinie 6-ej wieczorem pierwsze wstrzyknięcie 2 cm^3 Omnadiny. Nazajutrz rano znaczna poprawa, rzężenia płucne ustąpiły bez śladu, czysty oddech pęcherzykowy. Drugie wstrzyknięcie Omnadiny. Na trzeci dzień pacjentka była już zupełnie zdrowa.

W przypadku tym wzmocnienie stanu ogólnego, poprawa zupełnie utraconego łaknienia i natychmiastowe doraźne przestrojenie organizmu należało niewątpliwie zawdzięczać działaniu Omnadiny.

2. Drugie spostrzeżenie dotyczy bezpośrednio samego autora. Przed 6 laty na początku maja *Görges* zachorował w Palermo na zakaźny nieżyt kiszek z częstemi biegunkami. Samopoczucie bardzo złe. Gorączka 38,8°. Lekarz miejscowy zalecił bezwzględne leżenie w łóżku, ścisłą dietę i t. d. Choroba zaczęła się w dniu zamierzonego wyjazdu z Palermo, lekarz uważał jednak, że o wyjeździe nawet mowy być nie może. Bez wiedzy kolegi *Görges* wstrzyknął sobie jedną ampułkę Omnadiny. Po 2 godzinach gorączka opadła do nor-

my. Pomimo to lekarz uważał, że wyjazdu bezwarunkowo należy zaniechać. Autor wstrzyknął sobie wówczas Omnadinę po raz drugi; tegoż dnia wieczorem wyjechał do Rzymu i przyjechał tam już zupełnie zdrów.

3. Silny 30-letni mężczyzna poczuł się pewnej niedzieli bardzo słabo, skarżył się na dotkliwe bóle głowy, wyczerpanie, łamanie w kończynach. W poniedziałek o 9-ej rano gorączka 41^0, gardło silnie zaczerwienione, ogólne osłabienie, silne bóle głowy. Pierwsze wstrzyknięcie Omnadiny. Po 2 godzinach $37,6^0$, poprawa. Wtorek o 9-ej rano $37,6^0$, drugie wstrzyknięcie Omnadiny. Po 3 godzinach $36,6^0$, znaczna poprawa. Zaczerwienienie w gardle, bóle głowy i łamanie kończyn ustąpiły, poczucie dobre. W środę ciepłota przez cały dzień 37^0, pacjent uważa się za zdrowego, chodzi po mieszkaniu. W czwartek już zupełnie zdolny do pracy. Chorób następczych nie było. Mieliśmy tu do czynienia z typową grypą.

4. 4-letni chłopczyk, gorączka $38,9^0$, zapalenie migdałków. Wstrzyknięcie Omnadiny. Po 2 godzinach 36,6, czuje się zupełnie dobrze, nie skarży się na żadne dolegliwości. Następnego dnia małego pacjenta odwiedziło liczne grono dzieci; z całego towarzystwa najbardziej zadowolony i najweselszy był wczorajszy pacjent.

5 i 6. W ostatnich czasach autor leczył Omnadiną dwóch dalszych pacjentów z jednakowo pomyślnemi wynikami. Pewna młoda kobieta skarżyła się na złe samopoczucie, bóle głowy i ogólne osłabienie. Gardło bez zmian. W narządach klatki piersiowej i jamy brzusznej żadnych uchwytnych odchyleń od normy nie stwierdza się. Chora skarży się jedynie na niewielkie dolegliwości kiszkowe. Gorączka $37,8^0$. Po wstrzyknięciu Omnadiny następnego dnia wszystkie dolegliwości ustąpiły, pacjentka czuje się dobrze.

Po 2 dniach służąca chorej dostała tych samych dolegliwości z gorączką $37,8^0$. Również i tej drugiej pacjentce wstrzyknąłem o 5-ej po obiedzie ampułkę Omnadiny. Następnego dnia służąca czuła się już zupełnie dobrze.

U obu kobiet można było z całą pewnością wyłączyć rozpoznanie grypy lub anginy; podłożem choroby było jakieś nieznane zakażenie.

W podobnych przypadkach autor wielokrotnie osiągał zapomocą Omnadiny wyraźny efekt leczniczy. Chory ustrój zyskuje prawdopodobnie dzięki Omnadinie większą zdolność do walki z zakażeniem; wczesne wstrzyknięcie Omnadiny umożliwia prawie zawsze doraźne przezwyciężenie choroby albo conajmniej w znacznym stopniu łagodzi i skraca jej dalszy przebieg.

Według badań *Bielinga* i *Oelrichsa* (Deutsche med. Wschr. 1934, Nr. 7 i Nr. 40) wstrzyknięcie Omnadiny zwiększa w ciągu kilku godzin miano aglutynacji. Spotęgowana doraźnie odporność ustroju nie jest wynikiem zwiększenia zdolności bakterjobójczych surowicy. Omnadina wzmaga jedynie czynność komórkową, która przyspiesza wydalanie zarazków chorobotwórczych z krążenia krwi. Omnadina nie zwiększa więc bezpośrednio siły działania przeciwbakteryjnych składników surowicy lecz pobudza ustrój do skutecznej walki z zarazkami chorobotwórczemi.

Omnadina skraca przebieg choroby i chroni przed powikłaniami i chorobami następczemi. Tolerancja Omnadiny jest doskonała, tak że nawet u ludzi w podeszłym wieku lub dotkniętych poważnemi cierpieniami serca autor nie stwierdził ani razu żadnych przykrych lub niepożądanych objawów działania ubocznego.

Prof. dr. Görges, Berlin.
(D. M. W. 1935, Nr. 45).

W sprawie przewlekłego stosowania rtęciowych środków moczopędnych.

Chory cierpi na zwyradniające schorzenie nerek (nerczycę). Od $1^1/_2$ roku leczenie polega na dożylnych wstrzykiwaniach Salyrganu. W ciągu pierwszego półrocza wstrzykiwania stosowano co 2 — 3 dni, w ostatnim roku — prawie codziennie. W ciągu roku chory otrzymał 320 wstrzyknięć. Zawartość białka w moczu wahała się od 5 do $10^0/_{00}$. Na obu kończynach dolnych, na brzuchu i na plecach prawie zaw-

sze utrzymywały się uporczywie mniejsze lub większe obrzęki. Ciśnienie krwi zwiększone nie było.

Wielokrotnie dokonywano prób chwilowego zastąpienia Salyrganu środkami moczopędnemi niezawierającemi rtęci, zawsze bez wyniku. Jedynie Salyrgan był w stanie utrzymywać diurezę na dostatecznym poziomie. Salyrgan wstrzykiwano zawsze w roztworze cukru gronowego, ew. w połączeniu ze strofantyną.

Kilkakrotnie wypuszczano zapomocą nakłucia płyn przesiękowy zbierający się jednostronnie w jamie opłucnowej; po wypuszczeniu płynu wstrzykiwano przez tkwiącą jeszcze igłę 2 — 4 cm^3 nierozcieńczonego Salyrganu do jamy opłucnowej. Doopłucnowe stosowanie Salyrganu wywoływało dłuższą diurezę, utrzymującą się na wysokim poziomie przez szereg dni.

Dr. W. Michel, Babenhausen - Hesja.
(Ther. Ber. 1936, Nr. 1).

Leczenie padaczki.

Chory cierpi na padaczkę pourazową. Obraz rentgenowski nie wykazuje zmian organicznych. Badanie płynu mózgowordzeniowego dało wynik ujemny. Wdmuchiwanie powietrza pozostało bez wpływu na przebieg choroby. Wobec bezskuteczności wszelkich zwykle stosowanych sposobów leczenia zwróciłem się do Prominalu. Początkowo podawałem 3 razy dziennie po 1 tabletce; od 2 lat zmniejszyłem dawkę do dwóch razy dziennie. Stałe zażywanie Prominalu sprawiło, że napady ustąpiły zupełnie. Chory, będący pracownikiem umysłowym, wypełnia bez zarzutu swe obowiązki zawodowe, zajmuje się sportami, stał się znowu „innym człowiekiem". Dłuższe wycieczki wywołują czasami objawy „absence" trwające najwyżej kilka sekund. Czas obserwacji — 5 lat.

Inwalida wojenny (uderzenie bagnetem z uszkodzeniem mózgu). Rentgenologicznie żadnych objawów blizny ani zmian kostnych nie stwierdza się. Od wielu lat typowe napady epileptyczne. Przed $1^1/_2$ rokiem chory uszkodził sobie podczas napadu kręgosłup i z tego powodu zgłosił się do mnie po poradę. Pacjent przyjmował poprzednio brom i Luminal, które nie były jednak w stanie przytłumić napadów. Zaleciłem choremu Prominal w dawce 2 razy dziennie po 1 tabletce. Pacjent przyjmuje Prominal regularnie; napady nie powtórzyły się ani razu.

Dwaj pacjenci przyjmowali zalecony im Prominal bardzo nieregularnie. Podczas przyjmowania Prominalu działanie przeciwepileptyczne ujawniało się bardzo szybko, pacjenci czuli się dobrze, napadów nie mieli. Z chwilą natomiast gdy zaprzestawali przyjmowania leku, stan ich pogarszał się i napady, chociaż rzadziej, jednak stale wracały.

Szczególnie efektowny wynik leczniczy osiągnąłem zapomocą Prominalu u pewnego 7-letniego chłopca. Pacjent był zupełnie otępiały, napady powtarzały się bardzo często i trwały zawsze dłuższy czas. Początkowo zaleciłem 3 razy dziennie po 1 tabletce; przy takiem dawkowaniu chłopiec spał prawie ciągle, wobec czego szybko zmniejszyłem dawkę do 2 razy dziennie po $^1/_2$ tabletki. Dawkę tę chory przyjmuje od 2 lat bez przerwy. Napady ustąpiły zupełnie. Chłopiec chodzi do szkoły, jest wprost nie do poznania, rozwija się fizycznie bardzo dobrze. Pacjent okazuje jedynie jeszcze pewną skłonność do kłótni i sporów, zachowuje się czasami bardziej niesforne niż jego koledzy, co bywa powodem konfliktów

z nauczycielami; usposobienie chłopca jest dość gwałtowne, ale można się z tem już łatwo pogodzić, gdyż poprzednio był on niesłychanie agresywny i natychmiast chwytał za nóż, widelec i t. d. Zawiadomiłem władze szkolne, że przyczyną zachowania się chłopca nie jest zła wola, lecz wyłącznie choroba, dzięki czemu oszczędziłem chłopcu niesprawiedliwego traktowania, któreby mogło jeszcze bardziej pogorszyć jego stan. Podczas zabaw szkolnych koledzy wybierają go często na kierownika. Nie ulega w tym przypadku wątpliwości, że wielką tę poprawę chłopiec zawdzięcza wyłącznie Prominalowi.

W różnorodnych stanach pobudzenia, a zwłaszcza przy zaburzeniach nerwowych związanych ze stwardnieniem naczyń mózgowych, stosuję z powodzeniem Prominaletki (po 0,03 g).

Ograniczyłem się tu, oczywiście, jedynie do przytoczenia przypadków najbardziej jaskrawych. Obecnie zaniechałem już zupełnie stosowania wszelkich innych środków padaczkowych, gdyż Prominal dawał mi prawie we wszystkich przypadkach wynik tak pomyślny, że działanie jego uważam wprost za niezawodne. Tolerancja Prominalu była zawsze bardzo dobra; nie wywoływał on żadnych przykrych objawów ubocznych, wpływających na potencję, skórę lub łaknienie, jakie się często obserwuje przy stosowaniu bromu.

Dr. F. Koch, Marz.
(Ther. Ber. 1936, Nr. 2).

Leczenie stanu łojotokowego preparatami kwasu solnego z pepsyną.

W przypadkach stanu łojotokowego (Status seborrhoicus) lub trądzika stwierdzamy w 45% zmniejszenie kwasoty żołądkowej lub nawet zupełny brak kwasu solnego. Z tego względu *Merz* (Schw. m. Wo. 1931) i inni zalecili stosowanie przy łojotoku Acidol-Pepsiny. Spostrzeżenia autora opierają się na 100 chorych, cierpiących na łojotok lub trądzik; prawie w 75% stwierdzono zaburzenia wydzielnicze żołądka, polegające przeważnie na mniejszem lub większem obniżeniu prawidłowej kwasoty; jedynie w bardzo nielicznych przypadkach badanie treści żołądkowej wykazało nadkwasowość. W przypadkach przebiegających z osłabieniem wydzielania lub z zupełną bezsocznością podawanie Acidol-Pepsiny wykazywało wybitnie pomyślny wpływ na przebieg niedomogi wydzielniczej żołądka i przyczyniło się pośrednio do wyraźnej poprawy zmian skórnych.

Dr. Schoch, Bern.
(Schweiz. med. Wo. 1935, Nr. 29).

W sprawie leczenia róży.

Autor leczył 16 chorych cierpiących na różę zapomocą dożylnych wstrzykiwań Trypaflaviny. Wyniki tego leczenia okazały się nadzwyczaj pomyślne. We wszystkich przypadkach osiągnięto szybko całkowite wyleczenie. Dawka pojedyńcza wynosiła 10 cm³ 1%-owego roztworu dożylnie pro die, najmniejsza dawka ogólna 20 cm³ w ciągu 3 dni, największa 90 cm³ w ciągu 9 dni. Również i przy ciężkich powikłaniach Trypaflavina przejawiała zadziwiająco pomyślne działanie lecznicze. Trypaflavina działa lepiej niż dotychczasowe leczenie surowicą (surowica paciorkowcowa). Oprócz Trypaflaviny stosowano zewnętrznie 10%-ową nalewkę jodową.

Dr. Y. S. Chang, Shangtung.
(Publ. Health Med. Journ. 1934 nr. 206).

Redaktor
Mr. Tadeusz Haładewicz

Wydawca:
Dom Agenturowy „REMEDIA" E. Fulde i S-ka

Warszawa, ul. Hipoteczna Nr. 5. Skrzynka pocztowa Nr. 748.
Cena prenumeraty rocznie zł. 6, półrocznie zł. 3.
Odbito w drukarni „Wzorowej", Warszawa, ul. Długa 20.